


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 24.08.2023 10:30:41
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО

Н.И. Свиридова
«29» августа 2023 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО
№ 1 от «29» августа 2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: Торакальная хирургия

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.65 Торакальная хирургия.

Квалификация (степень) выпускника: врач-торакальный хирург

Кафедра: Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

Срок обучения: 2 года

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 года поступления

Актуализированная редакция


Волгоград, 2023

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Калашников А.В.	профессор	д.м.н./доцент	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практикам по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, протокол № 20 от «26» 06 2023 года

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО,
д.м.н., профессор  Ю.М. Лопатин

Рецензент: Главный внештатный специалист по торакальной хирургии комитета здравоохранения Волгоградской области, заведующий хирургическим торакальным отделением ГБУЗ «ВОКБ №1» Котрунов В.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК  М.М. Королёва

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета  В.Д. Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача. 2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан. 3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения. 4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов. 5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения. 6. Гигиеническое воспитание и образование населения. 7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни. 8. Система обязательного социального страхования в России. 9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ. 10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений. 11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности. 12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 13. Качество медицинской помощи, основные понятия. 14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи. 15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения. 2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников. 3. Особенности изучения общей заболеваемости 4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам. 5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. 6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений. 7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы. 8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. 10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах. 11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. 12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу. 13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи. 14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общественное здоровье – это ... <ol style="list-style-type: none"> а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в
--	---

сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:

а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;

б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;

в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:

а) заболеваемость по данным обращаемости;

б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;

в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:

а) 50–55 %;

б) 20–25 %;

в) 15–20 %;

г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:

а) исторический;

б) статистический;

в) экспериментальный;

г) экономический;

д) социологический;

е) все вышеперечисленные

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;

б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;

б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;

в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

а) государственное социальное страхование;

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

	<p>г) экономика здравоохранения</p> <p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...</p> <p>а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;</p> <p>б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;</p> <p>в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...</p> <p>а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;</p> <p>б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратной;</p> <p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;</p> <p>б) до 15 дней;</p> <p>в) до 4 месяцев;</p> <p>г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;</p> <p>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</p> <p>в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;</p> <p>б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;</p> <p>в) степень достижения запланированного результата;</p> <p>г) совокупность вышеуказанных характеристик</p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;</p> <p>б) ведомственный контроль;</p> <p>г) внутренний контроль;</p> <p>д) все вышеперечисленное верно</p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;</p> <p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	--

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Задача № 1. Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3. При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4. Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5. По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационны х задач,	С – собеседова ние по контрольн ым вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Воп росы для собеседова ния	Практические навыки из перечня
УК		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	0	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»
Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения			
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления З (УК-2) - I				
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза З (УК-5) - II				
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;				
Первый уровень (УК-2) - I готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) - I Уметь: толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития З (УК-2) - I				
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива				

	У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III					
Первый уровень (УК-3) - I Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) - I Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) - I Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) - I					
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - II Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - II Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - II					
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III					
Первый уровень (ПК-9)-I готовность к формированию у	Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление					

населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации					
Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;					
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей					

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
конспект**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от объема материала)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

<p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	
---	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
эссе**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень</p> <p>- пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень</p>	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Доклад**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
---	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству
Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оцен ка ECTS	Бал лы в БРС	Уровень сформированн ости компетентнос ти по дисциплине	О ценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100 –96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5 +)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура,	B	95– 91		5

логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.	С	90-81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	E	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	E	70-66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	E	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.</p>	Fx	60-41		2
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.</p>	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	-	+	+	+
УК-2	+	+	-	+	+	+
УК-3		+	-	+	+	+
ПК-9	+	+	-	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.

11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников

- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1)учение о научном методе познания
- 2)совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3)синоним методики
- 4)учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1)проверка достижений (текущий контроль)
- 2)выходной контроль
- 3)представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4)четкая формулировка целей
- 5)предварительный тест
- 6)входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12.УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1)судьи
- 2)команда утверждения
- 3)команда отрицания
- 4)таймкипер
- 5)гьюторы
- 6)аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.

2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологию), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

1) наказание

2) создание воспитывающих ситуаций

3) педагогическое требование

4) соревнование

5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход

3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ- _____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ- _____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- _____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный

- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные

- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |
| | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
| | Д. дидактические |
| | Е. владение техникой речи |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5. концептуальный | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- | | |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная |
| | Б. конструктивная |
| | В. организаторская |
| 2. специфические педагогические | Г. коммуникативная |
| | Д. гностическая |
| | Е. воспитательно-развивающая |
| | Ж. ориентационная |
| | З. мобилизационная |
| | И. исследовательская |

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент

- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
2.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
4	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
5	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
2	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
3	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
4	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. функциональная подсистема РСЧС;
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;

г. для оказания специализированной медицинской помощи.

3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. хирургическое отделение;**
- б. травматологическое отделение;
- в. неврологическое отделение;
- г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основным принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротектика столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия;

- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

в. 100 рад;

г. 50 рад.

34. К плотнионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

г. > 10 кэВ/мкм.

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

а. системная регенерация костного мозга;

б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;

в. ранний некробиоз кроветворных клеток;

г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

а. 10 Гр и выше;

б. 5 Гр и выше;

в. 1 Гр и выше;

г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

а. 10-20 Гр;

б. 1-10 Гр;

в. 20-80 Гр;

г. свыше 80 Гр.

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

а. гемодинамическими нарушениями;

б. коллапсом непосредственно после облучения;

в. признаками отека мозга;

г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуетесь на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуетесь на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуетесь на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения

Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью
--	--

7.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
	Тесты		Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	1 2	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ» БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- Болезнь Вакса-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- Селезенка увеличена

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглинопатия S
- Гемоглинопатия E
- **Гемоглинопатия M**
- Гемоглинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- **Слабость**
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариес
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- **Дисэритропоэтической**

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При B12~дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**

- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**

- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- Верного нет

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- SO_2 увеличено
- **SO_2 снижено**
- SO_2 в норме
- **Содержание дезоксигемоглибина повышено**
- Содержание гемоглибина снижено
- **Содержание гемоглибина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при желездефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглибина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

Задача №1 **«Патология Гемостаза»**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свертывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?
2. Патогенез данного заболевания.
3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
4. Виды тромбоцитопатий.
5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2 **«Патология Гемостаза»**

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты- 0,2% (N2,3-6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9/л$), лейкоциты- $1,3 \times 10^9/л$ (N6- $8 \times 10^9/л$), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

Задача №3 **«Патология Гемостаза»**

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникла опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстравазаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}C$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до $24 \times 10^9/л$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (III)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до $40^{\circ}C$ в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до $39^{\circ}C$, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39-40^{\circ}C$, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ($38-38,5^{\circ}C$), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела $38,2^{\circ}C$, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах $38,2^{\circ}C$ для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нь	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЗ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 ⁻ CD19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.
2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.
Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).
Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).
Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).
3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.
4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерилен.
5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.
6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.
7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).
ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.
8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.
9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.
10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.
11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.
12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.
13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.
14. Инструментальные обследования:
— R-грамма ОГК — без особенностей;
— эхокардиограмма — без патологии;
— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипозоногенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипозоногенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;
— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.
Закключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.
Ребенок консультирован:
— лор-врачом: патология не выявлена;

- фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.
- кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;
- хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;
- иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
- гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
 2. Назначить дополнительное обследование.
 3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
 4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.
- Оценка качества решения ситуационных задач**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению

- четырем критериям Хорошо (4)	5. Грамотность
- пяти критериям Отлично (5)	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, взбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщину стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный

гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижению АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фибринозно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитомы). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.

11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <p>1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</p> <p>2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</p>
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<p>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</p> <p>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</p> <p>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</p> <p>4. Современные методы изучения биоптата.</p>
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<p>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</p> <p>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</p> <p>3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</p>
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<p>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</p> <p>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</p> <p>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</p> <p>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</p> <p>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</p> <p>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</p>

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению

- четырем критериям Хорошо (4)	5. Грамотность
- пяти критериям Отлично (5)	

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»
Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center">Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
<p align="center">Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов. 19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики. 20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков. 21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков. 22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств. 23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии. 24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих

препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.

25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
34. Последствия нерационального применения АМП
35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.
52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.
53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.
54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов,

	<p>препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p align="center">Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры. 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры. 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры. 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры. 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция. 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры. 27. Укажите факторы риска развития НЛР. 28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР. 29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения
--	--

	о развившейся НПР.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к</p>

	<p>назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p align="center">Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p>A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</p> <p>B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>D) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>A) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p>B) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</p> <p>C) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p>A) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</p> <p>B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u></p> <p>A) Метод затраты-эффективность.</p> <p>B) Метод затраты-прибыль.</p> <p>C) Метод затраты-полезность.</p> <p>D) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p> <p>A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</p> <p>B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</p> <p>C) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.</p> <p>D) Не требует изучения генотипа больного.</p> <p>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u></p> <p>A) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.</p> <p>B) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.</p> <p>C) Хромосомные аберрации.</p> <p>D) Хромосомные транслокации.</p>
---	---

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:

- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.

B) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.

C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.

B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.

C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.

D) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) **все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании,

развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- B) Вещества препятствуют действию специфических

	<p>стимуляторов или блокируют рецептор.</p> <p>С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.</p> <p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А; В типа В; С) типа С; D) типа D; E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст; B) тяжелое состояние больного; C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств; D) генетическая предрасположенность; E) все вышеперечисленное</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти; B) требующие госпитализации или ее продления; C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности); D) приводящие стойкому снижению трудоспособности; E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А; B) типа В; C) типа С; D) типа D; E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом; B) фармаконадзором; C) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак; b) индометацин; c) целекоксиб; d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин; b) лорноксикам; c) целекоксиб; d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u></p> <p>A) преднизолон B) метилпреднизолон C) дексаметазон A) Гидрокортизон</p>

	<p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u></p> <p>A) аспирин; B) нимесулид; C) целекоксиб; D) лорноксикам;</p> <p>33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u></p> <p>a) через 2 суток; b) через 5-7 суток; c) через 7-10 суток; d) через 10-14 суток;</p> <p>34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u></p> <p>A) преднизон B) бетаметазон C) беклометазона дипропионат D) метилпреднизолон</p> <p>35. <u>Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:</u></p> <p>A) циклооксигеназа B) фосфодиэстераза C) 5-липооксигеназа D) фосфолипаза A2</p> <p>36. <u>Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:</u></p> <p>A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов B) неэффективность пульс-терапии C) стабилизация общего состояния больного D) декомпенсированное состояние больного</p> <p>37. <u>Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:</u></p> <p>A) Т-лимфоциты B) В-лимфоциты C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты</p> <p>38. <u>Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:</u></p> <p>A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером C) однократно утром D) 3 раза в день в равных дозах</p> <p>39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:</p> <p>A) Преднизолон. B) Метилпреднизолон. C) Дексаметазон. D) Гидрокортизон.</p> <p>40. <u>К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:</u></p> <p>A) Вторичная надпочечниковая недостаточность. B) Истончение кожи, образование стрий. C) Остеопороз, асептические некрозы костей.</p>
--	--

- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) Артериальная гипотензия.**
- F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) 3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) 5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) Цефеперзон.**
- F) Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом

гепарин/антитромбин III факторы:

- A) IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамина сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α/γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость | A. верно 1, 2, 3 |
| 2. сердцебиение | B. верно 1, 4, 5 |
| 3. сухость во рту | C. верно 3, 4, 5 |
| 4. нарушение аккомодации | D. верно 1, 2, 5 |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4 |

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) диазепам**

	<p>E) все ответы правильные</p> <p>69. <u>Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:</u></p> <p>A) местное B) общее (наркоз) C) комбинированное D) нейролептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>A) вагосимпатическая блокада B) спинальная анестезия C) стволовая анестезия D) внутривенный наркоз</p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>A) обратимое торможение нервной ЦНС B) необратимое торможение ЦНС C) блокада основного нервного ствола D) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>A) обморок B) контрактура нижней челюсти C) анафилактический шок D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура B) коллапс C) некроз D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) обморок B) гематома C) контрактура D) кровотечение E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона B) внутримышечно 1 мл норадреналин C) внутримышечно метамезон D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100 Отлично (5)	

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Краткость

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
К	2	1,25,26	1,2,18
	7	1 - 75	1-60
	9	1- 28	1-29, 50-52
			4,11
			1-57
			1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания органов грудной клетки»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Хирургическая анатомия шеи. Треугольники шеи. Топография органов шеи. Кровоснабжение, венозный, лимфатический отток и иннервация шеи.2. Основные симптомы при заболеваниях и повреждениях дыхательной системы. Критерии дыхательной недостаточности, тяжести кровопотери и постгеморрагической анемии, выявление интоксикации.3. Этиология и патогенез туберкулеза органов дыхания. Классификация туберкулеза.4. Хирургическая анатомия грудной клетки. Скелет грудной клетки. Мышцы грудной стенки, их иннервация и кровоснабжение. Топография сосудов и нервов. Хирургическая анатомия диафрагмы. Проекция органов и образований груди на грудную клетку.5. Эндоскопические методы биопсии органов дыхания, средостения и диафрагмы: катетер – биопсия, браш – биопсия, игловая биопсия. Медиастиноскопия с биопсией.6. Показания и противопоказания к хирургическому лечению туберкулеза легких, особенности выбора объема и характера операции. Послеоперационные осложнения.7. Хирургическая анатомия легких. Топография долей и элементов корня правого и левого легкого. Долевое и сегментарное строение легких. Кровоснабжение, лимфатическая система и иннервация легких.8. Методы оценки общего иммунитета: клеточные реакции, гуморальные факторы, методы выявления аллергии, серологические реакции при диагностике респираторных инфекций, туберкулинодиагностика9. Пороки развития легких. Определение понятий, классификация пороков развития органов дыхания.10. Хирургическая анатомия средостения. Клетчаточные пространства средостения. Связочный аппарат за грудиной пространства. Органы переднего средостения. Грудной отдел аорты и её ветви. Лимфоузлы средостения. Грудной лимфатический проток. Венозная система грудной полости.
---	--

Б 1.Б.6.2 Раздел 2
«Инфекции в
торакальной хирургии»

1. Рентгенологические методы исследования. Возможности методов и показания к рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, компьютерной томографии, магнито – резонансной томографии, позитронно – эмиссионной томографии.
2. Пороки развития легких, связанные с недоразвитием легкого. Клиника, диагностика отдельных пороков, варианты течения заболевания у детей и взрослых. Показания и противопоказания к оперативному лечению
3. Хирургическая анатомия заднего средостения. Пищевод: топография, кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система.
4. опухоли средостения. Классификация, диагностика. Принципы хирургического лечения.
5. Пороки развития легких, связанные с наличием избыточных (добавочных) формирований легких и необычным расположением анатомических структур. Клиника, диагностика отдельных пороков. Показания и противопоказания к оперативному лечению
6. Хирургическая анатомия диафрагмы. Отверстия диафрагмы. Щели, клетчаточные пространства диафрагмы. Кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система диафрагмы.
7. Контрастные рентгенологические исследования в торакальной хирургии: фистулография, плеврография, эзофагография, гастрография, ангиография. Фазы компьютерной томографии с контрастным усилением.
8. Острые и хронические инфекционные заболевания легких. Классификация. Этиология и патогенез, патоморфология. Клиника и диагностика в зависимости от фазы течения деструктивного процесса в легком. Консервативное лечение.
9. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Переднебоковая, боковая и задняя торакотомия. Подмышечные торакотомии. Торакотомия по насилу. Комбинированные хирургические доступы. Интра- и экстраплевральное выделение легкого.
10. Диагностическая и лечебная трахеобронхоскопия. Аппаратура и инструментарий, показания и противопоказания. Анестезиологическое обеспечение.

Б 1.Б.6.3 Раздел 3
«Заболевания и
повреждения сердечно-
сосудистой хирургии»

1. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Срединная стернотомия, верхняя и нижняя частичные и т-образные стернотомии. Торакомедиастинотомия. Доступы к подключичным сосудам.
2. Лечебно – диагностические возможности торакоскопии. Абсцессоскопия и каверноскопия.
3. Заболевания органов дыхания с преимущественным нарушением бронхиальной проходимости (бронхиальная астма и хобл), эндоскопические методы лечения, возможности оперативного лечения.
4. Общие элементы торакальных операций. Принципы перевязки легочных сосудов (интраплевральный и интраперикардиальный доступы). Обработка бронха (аппаратный и варианты ручного шва). Принципы дренирования плевральной полости и средостения.
5. Клиника и диагностика заболеваний пищевода. Диагностические и лечебные возможности эзофагоскопии.
6. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника. Открытые и видеотокаоскопические операции.
11. Элементы эндоскопических торакальных операций. Аппаратура, анестезиологическое обеспечение, показания. Диагностические и лечебные торакоскопии. Видеоассистированные операции. Послеоперационные осложнения в области операционной раны и грудной стенки. Торакальные окончатые дефекты, торакальная грыжа, остеомиелит ребер и грудины. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
12. Исследование функции органов дыхания. Спирография, объемные и скоростные показатели легочный газообмен. Газы и кислотно – щелочное состояние крови.
13. Периферический рак легкого. Дифференциальная диагностика округлых образований легкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Онкологические принципы радикальных операций.
14. Послеоперационные плевральные осложнения. Замедленное расправление легкого, остаточная плевральная полость. Временная эндоскопическая окклюзия регионального бронха. Послеоперационные интраплевральные кровотечения, свернувшийся гемоторакс, послеоперационная эмпиема плевры.
15. Исследование легочной гемодинамики и сердечно – сосудистой системы. Прямые и непрямые методы определения скорости

	<p>кровотока и давления в легочной артерии. Ангиографические методы. Экг, фкг, эхокардиография, тетраполярная реография</p> <p>16. Травматические повреждения грудной клетки. Закрытые повреждения груди. Принципы диагностики, показания к оперативному лечению.</p> <p>17. Послеоперационные легочные осложнения. Нарушения кровообращения в оперированном легком. Нарушения вентиляции оперированного легкого (ателектаз, стеноз бронха, патологическая дислокация оперированного легкого). Профилактика и лечение пневмонии и пульмонита.</p> <p>18. Эпидемиология сочетанных легочных и внелегочных заболеваний у торакальных больных. Индекс коморбидности чарлсона функциональная операбельность и отбор больных для оперативного лечения.</p> <p>19. Ранения груди. Принципы диагностики. Торакоабдоминальные ранения. Хирургическое лечение ранений груди, роль торакоскопии.</p>
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания органов грудной клетки »</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хирургическая анатомия шеи. Треугольники шеи. Топография органов шеи. Кровоснабжение, венозный, лимфатический отток и иннервация шеи. 2. Основные симптомы при заболеваниях и повреждениях дыхательной системы. Критерии дыхательной недостаточности, тяжести кровопотери и постгеморрагической анемии, выявление интоксикации. 3. Этиология и патогенез туберкулеза органов дыхания. Классификация туберкулеза. 4. Хирургическая анатомия грудной клетки. Скелет грудной клетки. Мышцы грудной стенки, их иннервация и кровоснабжение. Топография сосудов и нервов. Хирургическая анатомия диафрагмы. Проекция органов и образований груди на грудную клетку. 5. Эндоскопические методы биопсии органов дыхания, средостения и диафрагмы: катетер – биопсия, браш – биопсия, игловая биопсия. Медиастиноскопия с биопсией. 6. Показания и противопоказания к хирургическому лечению туберкулеза легких, особенности выбора объема и характера операции. Послеоперационные осложнения. 7. Хирургическая анатомия легких. Топография долей и
--	--

	<p>элементов корня правого и левого легкого. Долевое и сегментарное строение легких. Кровоснабжение, лимфатическая система и иннервация легких.</p> <p>8. Методы оценки общего иммунитета: клеточные реакции, гуморальные факторы, методы выявления аллергии, серологические реакции при диагностике респираторных инфекций, туберкулинодиагностика.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 « Инфекции в торакальной хирургии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рентгенологические методы исследования. Возможности методов и показания к рентгеноскопии, рентгенографии, томографии, компьютерной томографии, магнито – резонансной томографии, позитронно – эмиссионной томографии. 2. Пороки развития легких, связанные с недоразвитием легкого. Клиника, диагностика отдельных пороков, варианты течения заболевания у детей и взрослых. Показания и противопоказания к оперативному лечению 3. Хирургическая анатомия заднего средостения. Пищевод: топография, кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система. 4. опухоли средостения. Классификация, диагностика. Принципы хирургического лечения. 5. Пороки развития легких, связанные с наличием избыточных (добавочных) формирований легких и необычным расположением анатомических структур. Клиника, диагностика отдельных пороков. Показания и противопоказания к оперативному лечению 6. Хирургическая анатомия диафрагмы. Отверстия диафрагмы. Щели, клетчаточные пространства диафрагмы. Кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система диафрагмы. 7. Контрастные рентгенологические исследования в торакальной хирургии: фистулография, плеврография, эзофагография, гастрография, ангиография. Фазы компьютерной томографии с контрастным усилением. 8. Острые и хронические нагноительные заболевания легких. Классификация. Этиология и патогенез, патоморфология. Клиника и диагностика в зависимости от фазы течения деструктивного процесса в легком. Консервативное лечение. 9. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Переднебоковая, боковая и задняя торакотомия. Подмышечные торакотомии. Торакотомия по насилу. Комбинированные хирургические доступы. Интра- и экстраплевральное

	<p>выделение легкого.</p> <p>10. Диагностическая и лечебная трахеобронхоскопия. Аппаратура и инструментарий, показания и противопоказания.</p> <p>Анестезиологическое обеспечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сердечно-сосудистой хирургии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Срединная стернотомия, верхняя и нижняя частичные и т-образные стернотомии. Торакомедиастинотомия. Доступы к подключичным сосудам. 2. Лечебно – диагностические возможности торакоскопии. Абсцессоскопия и каверноскопия. 3. Заболевания органов дыхания с преимущественным нарушением бронхиальной проходимости (бронхиальная астма и хобл), эндоскопические методы лечения, возможности оперативного лечения. 4. Общие элементы торакальных операций. Принципы перевязки легочных сосудов (интраплевральный и интраперикардиальный доступы). Обработка бронха (аппаратный и варианты ручного шва). Принципы дренирования плевральной полости и средостения. 5. Клиника и диагностика заболеваний пищевода. Диагностические и лечебные возможности эзофагоскопии. 6. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника. Открытые и видеотокаоскопические операции. 7. Элементы эндоскопических торакальных операций. Аппаратура, анестезиологическое обеспечение, показания. Диагностические и лечебные торакоскопии. Видеоассистированные операции. Послеоперационные осложнения в области операционной раны и грудной стенки. Торакальные окончатые дефекты, торакальная грыжа, остеомиелит ребер и грудины. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 8. Исследование функции органов дыхания. Спирография, объемные и скоростные показатели легочный газообмен. Газы и кислотно – щелочное состояние крови. 9. Периферический рак легкого. Дифференциальная диагностика округлых образований легкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Онкологические принципы радикальных операций. 10. Послеоперационные плевральные осложнения. Замедленное расправление легкого, остаточная плевральная полость. Временная эндоскопическая окклюзия регионарного бронха. Послеоперационные интраплевральные кровотечения,

	<p>свернувшийся гемоторакс, послеоперационная эмпиема плевры.</p> <p>11. Исследование легочной гемодинамики и сердечно – сосудистой системы. Прямые и непрямые методы определения скорости кровотока и давления в легочной артерии. Ангиографические методы. Экг, фкг, эхокардиография, тетраполярная реография</p>
--	---

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания органов грудной клетки »</p>	<p>1. Основная причина спонтанного пневмоторакса: а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого б) парапневмонический абсцесс легкого в) бронхоэктазы г) туберкулез легких</p> <p>2. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с: а) трахеостомии б) пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости в) блокады межреберных нервов г) обзорной рентгенографии органов грудной клетки</p> <p>3. Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последовательно применять? 1) курс санационной бронхоскопии; 2) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков; 3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого; 4) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия; 5) срочная операция - плеврэктомиа с декортикацией легкого. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4 б) 2, 3, 5 в) 3, 4, 5 г) 2, 3, 4</p> <p>4. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? 1) определение форменных элементов крови; 2) цитологическое исследование; 3) определение белка в жидкости; 4) определение гемоглобина; 5) посев на чувствительность к антибиотикам. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4, 5 б) 2, 3, 4 в) 1, 2, 3, 4 г) 1, 3, 5</p> <p>5. У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз? а) эмпиема плевры б) бронхолегочная секвестрация в) напряженный спонтанный пневмоторакс г) пиопневмоторакс</p> <p>6. У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения? а) массивная антибиотикотерапия б) лечебная бронхоскопия в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия</p>
--	--

г) торакотомия, ушивание полости абсцесса и санация плевральной полости

7. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх?

а) оперативное лечение - резекция легкого

б) оперативное лечение - пневмотомия

в) пункция плевральной полости

г) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация

8. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого: 1) эмпиема плевры; 2) пиопневмоторакс; 3) флегмона грудной клетки; 4) амилоидоз; 5) абсцесс головного мозга; 6) легочное кровотечение. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 6

б) 1, 2, 4

в) 2, 3, 5

г) 3, 4, 6

9. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

а) пункция и дренирование плевральной полости

б) массивная антибиотикотерапия

в) торакотомия с лобэктомией

г) пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками

10. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1-2 сегмента:

а) сегментарная резекция легкого

б) дренирование полости абсцесса

в) пульмонэктомия

г) лобэктомия

11. У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

а) кавернозный туберкулез

б) паразитарная киста легкого

в) рак легкого

г) хронический абсцесс легкого

12. Бронхоэктазы развиваются вследствие: 1) врожденных причин; 2) хронической пневмонии; 3) туберкулеза легких; 4) нарушения проходимости бронхиального дерева; 5) курения. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5

б) 2, 4, 5

в) 1, 2, 4

г) 1, 3, 4, 5

13. Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

а) дыхательной гимнастики

б) перкуссионного массажа грудной клетки

в) лечебной бронхоскопии

г) небулайзерной ингаляции с тетрациклином

14. У больной 55 лет в нижней доле правого легкого - выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:

а) удаление нижней доли

- б) пульмонэктомия
- в) лечебный пневмоторакс
- г) клапанная бронхоблокация

15. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких: 1) периферический рак; 2) туберкулома; 3) киста; 4) буллезная эмфизема; 5) междолевой плеврит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3**
- б) 1, 2, 4
- в) 2, 3, 4
- г) 3, 4, 5

16. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз?

- а) бронхоэктатическая болезнь
- б) бронхогенный рак
- в) бронхогенная киста**
- г) эхинококкоз легкого

17. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре - состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Пульс - 120 уд./мин, АД - 170/100 мм рт.ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2-2,5 см. Ваш предварительный диагноз?

- а) хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены
- б) рак легкого с метастазами**
- в) хроническая пневмония
- г) туберкулез легких

18. Укажите начальные симптомы, характерные для периферического рака легкого: 1) кашель с гнойной мокротой и примесью крови; 2) рентгенологически - гиповентиляция или ателектаз легкого или доли легкого; 3) наличие округлой тени в легком; 4) бессимптомное течение при наличии округлой тени в легком, с последующим присоединением кашля. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 1, 3
- в) 2, 3
- г) 3, 4**

19. Основными методами диагностики центрального рака легкого являются: 1) бронхоскопия с биопсией; 2) ангиография легочной артерии; 3) медиастиноскопия; 4) цитологическое исследование мокроты. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 4**
- б) 1, 3
- в) 1, 2
- г) 2, 4

20. Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является:

- а) рентгенологическое исследование легких
- б) трахеобронхоскопия и биопсия**
- в) компьютерная томография
- г) радиоизотопное исследование легких

21. Больная 54 лет. Жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании желудка обнаружено округлое просветление с уровнем жидкости в

	<p>заднем средостении, а после приема контраста выявлено расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?</p> <p>а) рак кардиального отдела желудка б) релаксация диафрагмы в) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы г) ретростернальная грыжа Лоррея</p> <p>22. У больного 78 лет при обследовании обнаружена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При рН-метрии выявлен кислый гастроэзофагеальный рефлюкс, с которым связана клиническая симптоматика. Какие из перечисленных методов лечения следует рекомендовать больному? 1) частый прием пищи небольшими порциями; 2) возвышенное положение головы во время сна; 3) прием антацидов; 4) прием препаратов, стимулирующих секрецию желудка; 5) вертикальное положение тела после еды. Выберите правильную комбинацию ответов:</p> <p>а) 1, 4, 5 б) 2, 3, 4 в) 1, 3, 4 г) 1, 2, 3, 5</p> <p>23. К раннему раку (I ст.) легкого относится</p> <p>а) T1N0M0 б) T1N1M0 в) T1N1M1 г) все перечисленное</p> <p>24. Отличительная особенность хондромы</p> <p>а) мягкая консистенция б) каменистая плотность в) мягко-эластическая консистенция г) баллотирующая консистенция</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 « Инфекции в торакальной хирургии»</p>	<p>25. Основные признаки бактериально-токсического шока: 1) высокая температура тела; 2) брадикардия; 3) ознобы; 4) падение артериального давления; 5) олигурия. Выберите правильную комбинацию ответов:</p> <p>а) 1, 3, 4, 5 б) 1, 2, 3, 5 в) 1, 3, 4 г) верно все</p> <p>26. При остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации лечение сводится к: 1) разрезу; 2) предупреждению лактостаза; 3) подвешиванию молочной железы косыночной повязкой; 4) общей антибактериальной терапии; 5) ретромаммарной новокаиновой блокаде с антибиотиками и протеолитическими ферментами. Выберите правильную комбинацию ответов:</p> <p>а) 1 б) 1, 2, 3 в) 3, 4, 5 г) верно все</p> <p>27. Что называется остеомиелитом?</p> <p>а) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей б) специфическое воспаление костной ткани в) гнойное воспаление суставной сумки г) гнойное воспаление надкостницы, костной ткани, костного мозга</p> <p>28. Какие местные клинические проявления свидетельствуют о запущенных</p>

случаях острого гематогенного остеомиелита? 1) гиперемия кожи; 2) деформация кости; 3) появление симптома флюктуации; 4) образование участка некроза кожи; 5) образование гнойного свища. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 5

б) 2, 3, 5

в) 3, 4, 5

г) 1, 3, 5

29. Какие хирургические приемы наиболее целесообразны при лечении больного с острым гематогенным остеомиелитом? 1) только вскрытие флегмоны; 2) вскрытие флегмоны и рассечение надкостницы; 3) трепанация на протяжении пораженной кости; 4) резекция пораженной кости; 5) декомпрессивное дренирование костного канала. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 4

б) 2, 4, 5

в) 2, 3, 5

г) 1, 3, 5

30. Кардинальными симптомами хронического остеомиелита являются: 1) высокая температура; 2) рецидивирующий характер заболевания; 3) пульсирующая боль; 4) наличие секвестральной коробки, секвестра; 5) появление свищей. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3

б) 2, 3, 5

в) 1, 3, 5

г) **верно все**

31. Какие методы лечения при сепсисе следует выбрать? 1) переливание компонентов крови; 2) дезинтоксикационная терапия; 3) ранняя активизация больного; 4) антибактериальная терапия; 5) иммунотерапия; 6) отказ от хирургического лечения; 7) зондовое энтеральное питание. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 2, 3, 4, 5

б) 3, 4, 5, 7

в) 1, 4, 5, 7

г) **1, 2, 4, 5**

32. Внешний вид раны первичного очага при сепсисе имеет следующие признаки: 1) обильное гнойное отделяемое; 2) яркая гиперемия тканей в области раны; 3) ткани раны грязно-серого цвета; 4) резкий отек тканей раны; 5) перифокальный отек слабо выражен; 6) скудное мутное отделяемое; 7) выраженная кровоточивость гипертрофированных грануляций. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 7

б) 3, 5, 6

в) 2, 6, 7

г) 2, 4, 6

33. Для хирургического сепсиса характерно: 1) слабая зависимость от характеристик первичного очага инфекции; 2) всегда сопровождается упорной бактериемией; 3) высокая частота развития грамотрицательного септического шока; 4) высокая частота развития вторичных септикопиемических очагов при грамотрицательном сепсисе; 5) слабая зависимость специфичности клинической картины от вида возбудителя; 6) высокая частота развития синдрома полиорганной дисфункции. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3

б) 4, 5, 6

в) 1, 2, 4

г) **1, 2, 6**

34. Выберите правильное определение сепсиса (по материалам Конференции согласия, Атланта, 1996). Сепсис - это сочетание:
- а) периодической или упорной бактериемии с несанированным очагом инфекции;
 - б) упорной бактериемии с синдромом полиорганной дисфункции
 - в) системного ответа на воспаление с наличием очага инфекции**
 - г) синдрома системной воспалительной реакции с гнойно-резорбтивной лихорадкой
35. Ранними симптомами анаэробной инфекции являются: 1) высокая температура тела; 2) неадекватное поведение больного; 3) распирающие боли в ране; 4) отечность тканей раны; 5) частый слабый пульс. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3
 - б) 2, 3, 4, 5**
 - в) 1, 2, 3, 4
 - г) 1, 3, 4, 5
- 1)
36. К местным признакам инфекционного раневого процесса, вызванного неклостридиальной анаэробной микрофлорой, относятся: 1) ткани раны серого цвета; 2) обильное количество грязно-серого, бурого отделяемого; 3) отсутствие некрозов; 4) обилие некротических тканей; 5) наличие ярко-розовых грануляций; 6) скопление в мягких тканях газа. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 4
 - б) 3, 5, 6
 - в) 1, 2, 5
 - г) верно все**
37. При комплексном лечении газовой гангрены используют: 1) иссечение некротизированных тканей; 2) максимально широкое рассечение тканей; 3) антибактериальную монотерапию; 4) дезинтоксикационную инфузионную терапию; 5) гипербарическую оксигенацию; 6) антибактериальную комбинированную терапию; 7) миорелаксанты + ИВЛ. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 4, 5
 - б) 5, 6, 7
 - в) 3, 4, 7
 - г) верно все**
38. Лечение столбняка включает: 1) противостолбнячный глобулин; 2) столбнячный анатоксин; 3) противостолбнячную сыворотку; 4) транквилизаторы и барбитураты; 5) миорелаксанты; 6) ИВЛ. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3, 4
 - б) 3, 4, 5, 6
 - в) 1, 3, 5
 - г) верно все**
39. Необходимым условием для первичного заживления раны является: 1) наличие в ране очагов некроза и гематом; 2) соприкосновение краев раны; 3) сохранение жизнеспособности краев раны; 4) небольшая зона повреждения; 5) бактериальная обсемененность тканей раны выше критического уровня. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 3
 - б) 2, 5
 - в) 2, 3**
 - г) верно все
40. В какие сроки надо произвести первичную обработку раны у больного, доставленного в состоянии тяжелого шока?
- а) сразу же при поступлении

	<p>б) сразу после выведения больного из шока в) после стабилизации артериального давления г) на следующий день</p> <p>41. Какие манипуляции производят при первичной хирургической обработке раны? 1) иссечение краев раны; 2) остановка кровотечения; 3) удаление из раны инородных тел; 4) промывание раны антибиотиками; 5) иссечение дна раны; 6) иссечение стенок раны. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4, 5 б) 1, 2, 3, 5, 6 в) 1, 2, 4, 5 г) верно все</p> <p>42. К общим предрасполагающим немикробным факторам нагноения послеоперационной раны относятся: 1) пожилой возраст; 2) утомленность хирургов при длительном оперативном вмешательстве; 3) прием гормонов и иммунодепрессантов; 4) травма краев раны инструментом, бельем; 5) кахексия больного. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3 б) 1, 2, 4 в) 2, 5 г) 1, 3, 5</p> <p>43. Огнестрельные раны характеризуются: 1) наличием входного отверстия меньшего размера, чем выходное; 2) наличием зоны разрушения; 3) наличием зоны ушиба и некроза; 4) наличием зоны молекулярного сотрясения; 5) наличием зоны ожога; 6) асептичностью раневого канала. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3, 5 б) 3, 4, 6 в) 1, 2, 5, 6 г) 1, 2, 3, 5</p> <p>44. Различают следующие виды заживления ран: 1) путем вторичного рассасывания гематомы; 2) путем биологического сращения тканей; 3) вторичным натяжением; 4) первичным натяжением; 5) под повязкой; 6) под гипсовой лонгетой; 7) под струпом. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5 б) 5, 6, 7 в) 3, 4, 7 г) 3, 4, 5</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сердечно-сосудистой хирургии»</p>	<p>45. Укажите этапы хирургической операции: 1) хирургический доступ; 2) помещение больного на операционный стол; 3) оперативный прием; 4) остановка кровотечения; 5) ушивание раны. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3 б) 1, 3, 5 в) 1, 3, 4, 5 г) верно все</p> <p>46. В первые сутки после операции возможны следующие осложнения: 1) наружное кровотечение; 2) эвентрация; 3) образование гематомы в ране; 4) нарушение ритма и остановка сердца; 5) нагноение раны. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3 б) 1, 4, 5 в) 1, 3, 4 г) верно все</p>

	<p>47. При спонтанном пневмотораксе экссудат</p> <p>а) отсутствует всегда</p> <p>б) встречается редко, прозрачный, соломенно-желтый, реже с геморрагической окраской</p> <p>в) встречается часто, обильный, серозно-геморрагический</p> <p>г) мутный, кровянистый</p> <p>48. Мужчина 63 лет болен в течение 2 месяцев (при флюорографии в верхней доле правого легкого было выявлено округлое уплотнение легочной ткани диаметром около 3,5 см). Обследован в туберкулезном диспансере. Диагноз туберкулеза отвергнут, заподозрен периферический рак правого легкого, больной направлен к онкологу. При компьютерной томографии грудной клетки помимо вышеописанных изменений в верхней доле правого легкого выявлено увеличение лимфоузлов бифуркационных и паратрахеальных групп в виде конгломерата до 4 см в диаметре. Какое исследование необходимо провести для уточнения стадии заболевания?</p> <p>а) торакоскопию</p> <p>б) анализ мокроты на атипические клетки</p> <p>в) поднаркозную бронхоскопию с чрезбронхиальной пункцией лимфоузлов средостения</p> <p>г) диагностическую торакотомию</p> <p>49. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. В анамнезе обнаружена автотравма 10 дней назад. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой - газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?</p> <p>а) левосторонняя абсцедирующая пневмония</p> <p>б) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы</p> <p>в) гемоторакс слева</p> <p>г) травматическая грыжа диафрагмы слева</p> <p>50. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы? 1) неэффективность консервативного лечения; 2) развитие воспалительных стриктур пищевода; 3) частые кровотечения из пищевода; 4) скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений; 5) врожденный короткий пищевод. Выберите правильную комбинацию ответов:</p> <p>а) 1, 3, 4</p> <p>б) 2, 3</p> <p>в) 1, 2, 3</p> <p>г) 1, 2, 3, 5</p> <p>51. При каких условиях рентгенологически выявляются скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?</p> <p>а) в положении стоя</p> <p>б) в положении Тренделенбурга</p> <p>в) искусственной гипотонии 12-перстной кишки</p> <p>г) в положении на боку</p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания органов грудной клетки»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедирования. Томография: корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз 2) Назовите необходимые дополнительные исследования. 3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания. <p style="text-align: center;">Задача № 2.</p> <p>Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной формы, соответствующее проекции нижней доли правого легкого.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз 2) Назовите необходимые дополнительные исследования. 3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 « Инфекции в торакальной хирургии»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 3.</p> <p>Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с гнойной мокротой, общую слабость. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа определяется тотальное коллабирование легкого с наличием жидкости над синусом. Поставлен диагноз: Правосторонняя эмпиема плевры с тотальным коллабированием легкого</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз 2) Назовите необходимые дополнительные исследования. 3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания. <p style="text-align: center;">Задача № 4.</p> <p>Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем - повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

	<p>2) Назовите необходимые дополнительные исследования.</p> <p>3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 5.</p> <p>У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась.</p> <p>1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз</p> <p>2) Назовите необходимые дополнительные исследования.</p> <p>3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 6.</p> <p>У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ.</p> <p>1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз</p> <p>2) Назовите необходимые дополнительные исследования.</p> <p>3) Перечислите возможные осложнения данного заболевания.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сердечно-сосудистой хирургии»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 7.</p> <p>Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V-VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации - ослабление дыхания справа. При перкуссии - тимпанит. Состояние больного - относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов.</p> <p>Предположительный диагноз.</p> <p>Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Торакальная хирургия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-118	1-21	1-219	1-225	
ПК	1	84, 85, 87, 88	1-21	170, 171, 198	18, 170, 171, 173-176, 180, 194	
	2		1-21	18, 19, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 198	170, 171, 172, 193	
	4			43, 156	43, 155, 182, 195	
	5	43, 45-51, 53-54, 86, 102-103, 105, 108, 112	1-21	20, 74-75, 86-90, 124, 134-136, 157, 177-179, 180-184	19, 21, 20, 45-73, 74-83, 90-91, 100-112, 124, 128-131, 140-142, 156, 158, 177-179, 184-185	
	6		1-21	42, 85, 196	42, 85, 192	
	7	1-33, 36-39, 41-42, 52, 55-61, 64-77, 80-83, 89-101, 104, 106-107, 109-11, 113, 114-118	1-21	1-17, 21-40, 44, 45-73, 76-83, 84, 91-113, 114-117, 119-123, 125-133, 137-154, 155, 158-169, 185-195, 199-218	1-17, 23-40, 92-97, 99, 113, 132-139, 143-154, 159-169, 180-183, 186-191, 196-225	
	9	44, 84	1-21		44, 84, 98	
	10		1-21		127	
	12	34, 40, 62, 63, 78	1-21	118, 219	41, 125, 155	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Онкология как наука. Общие методы обследования онкологических больных»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Что такое активная выявляемость рака? 2. Что понимают под вторичной профилактикой рака, и кто её проводит? 3. Что понимают под первичной профилактикой рака?
--	---

Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Онкологические заболевания органов дыхания и средостения»	1. Перечислите группы риска по раку легкого, обозначьте режим диспансерного обследования 2. Какова клиническая картина рака легкого, классификация, профилактика, диагностика, тактика лечения, реабилитация пациентов
Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Онкологические заболевания сердечно-сосудистой системы»	58. Классификация опухолей сосудов; 59. Клиника, диагностика лечение, дифференциальная диагностика гемангиом; 60. Клиника, диагностика лечение, дифференциальная диагностика ангиом
Б 1.В.ОД.1.4 Раздел «Онкологические заболевания нервной системы»	61. Классификация опухолей ЦНС и периферической нервной системы; 62. Современные методы диагностики онкологических заболеваний нервной системы.
Б 1.В.ОД.1.5 Раздел «Онкологические заболевания пищеварительного тракта, органов брюшной полости и забрюшинного пространства»	63. Клиника, диагностика, дифдиагностика рака пищевода; 64. Предопухолевые заболевания пищевода и желудка 65. Методы диагностики опухолей почек и мочевыделительной системы 66. Основные симптомы опухолей мочевого пузыря.
Б 1.В.ОД.1.6 Раздел «Онкологические заболевания костно-суставной системы.»	67. Классификация опухолей костей по TMN. 68. Клиника, лечение опухолей костно-суставной системы
Б 1.В.ОД.1.7 Раздел «Онкологические заболевания эндокринной системы»	69. Клиника, диагностика рака щитовидной и околощитовидной железы; 70. Распространённость рака эндокринной системы.
Б 1.В.ОД.1.8 Раздел «Онкологические заболевания репродуктивной системы»	71. Гормоны: эстрадиол, прогестерон, лютропина и фоллитропина, пролактина, рилизинг-гормоны: люлиберин и фоллиберин. 72. Рак молочной железы, классификация, профилактика, диагностика, тактика лечения, реабилитация пациентов

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Онкология как наука. Общие методы обследования	1. Рентгенологические методы выявления онкологических заболеваний 2. Современные методы гистологической верификации онкологических заболеваний
--	---

<i>онкологических больных»</i>	
Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Онкологические заболевания органов дыхания и средостения»	3. Классификация рака легкого 4. Тактика лечения новообразований средостения 5. Стадирование рака лёгкого
Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Онкологические заболевания сердечно-сосудистой системы.»	6. Классификация опухолей перикарда 7. Клиника, диагностика, лечение онкологических заболеваний сердца и его сосудов;
Б 1.В.ОД.1.4 Раздел «Онкологические заболевания нервной системы.»	8. Злокачественные лимфомы. Лимфосаркома. Ретикулосаркома 9. Клиника, диагностика, дифдиагностика, лечение опухолей головного мозга;
Б 1.В.ОД.1.5 Раздел «Онкологические заболевания пищеварительного тракта, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.»	10. Диагностика рака пищевода и желудка. 11. Первичные и вторичные опухоли печени и желчевыводящих путей. 12. Опухолевые маркеры в диагностике онкологических заболеваний.
Б 1.В.ОД.1.6 Раздел «Онкологические заболевания костно-суставной системы..»	13. Компьютерная диагностика костей и суставов. Радиоизотопная диагностика костей и суставов.
Б 1.В.ОД.1.7 Раздел «Онкологические заболевания эндокринной системы..»	14. Клиника, диагностика рака щитовидной и околощитовидной железы; 15. Возрастные группы эндокринной системы.
Б 1.В.ОД.1.8 Раздел «Онкологические заболевания репродуктивной системы»	16. Лучевое исследование гормональной регуляции репродуктивной функции женского организма. 17. Радиоиммунологические исследования половой сферы.

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Онкология как наука. Общие методы обследования онкологических больных»</p>	<p>1. Где наиболее часто локализован рак слизистой оболочки полости рта?: А. Язык. Б. Дно полости рта. В. Мягкое нёбо. Г. Твёрдое нёбо. Д. Альвеолярный отросток верхней челюсти.</p> <p>2. Каков минимальный объём хирургического вмешательства при раке щитовидной железы?: А. Энуклеация узла. Б. Резекция доли. В. Гемитиреоидэктомия. Г. Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка. Д. Субтотальная резекция щитовидной железы.</p> <p>3. Основной метод лечения резектабельного рака пищевода III стадии?: А. лучевая терапия; Б. хирургический; В. химио-иммунотерапия; Г. комбинированный.</p>
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Онкологические заболевания органов дыхания и средостения»</p>	<p>1. Для рака носоглотки характерно: а) Стойкая головная боль б) Длительный насморк в) Снижение слуха г) Все перечисленное д) Перечисленные симптомы не характерны</p> <p>2. Базалиома относится к: а) доброкачественным опухолям; б) злокачественным опухолям; в) предраковым заболеваниям; г) дистрофическим процессам.</p> <p>3. Наиболее опасна ультрафиолетовая инсоляция для малигнизации заболевания:</p>

	<p>а) Экзема</p> <p>б) Фотодерматит</p> <p>в) Пигментная ксеродерма</p> <p>г) Витилиго</p> <p>4. К поздним осложнениям лучевой терапии злокачественных опухолей можно отнести:</p> <p>а) Пульмонит</p> <p>б) Тиреоидит</p> <p>в) Миозит</p> <p>г) Перикардит</p> <p>д) Правильные ответы А и Г</p>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Онкологические заболевания сердечно-сосудистой системы.»</i></p>	<p>1. Генерализованная лимфаденопатия встречается как один из симптомов болезни при следующих заболеваниях:</p> <p>а) Системная красная волчанка</p> <p>б) ВИЧ</p> <p>в) Брюшной тиф</p> <p>г) Туберкулез</p> <p>д) При всех перечисленных заболеваниях</p> <p>2. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий опухолевого и реактивного генеза основывается на:</p> <p>а) Цитологическом исследовании пункционной биопсии увеличенного лимфатического узла</p> <p>б) Гистологическом исследовании биоптата увеличенного лимфатического узла</p> <p>в) Иммунофенотипировании исследуемого материала</p>

г) Основании всего перечисленного

3. Характерными симптомами интоксикации при лимфогранулематозе являются:

- а) Немотивированное повышение температуры тела выше 38°
- б) Похудание более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев
- в) Профузная ночная потливость

г) Все перечисленное

д) Правильно А и Б

4. Основным путем метастазирования при лимфогранулематозе является:

а) Лимфогенный

б) Гематогенный

в) Смешанный

г) Все перечисленное

5. Особенности herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются:

а) Склонность к ранней диссеминации

б) Тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием

в) Атипическая локализация (по ходу межреберных промежутков)

г) Правильно Б и В

д) Правильно все перечисленное

<p style="text-align: center;"><i>Б 1.В.ОД.1.4</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания нервной системы.»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наиболее часто подвергаются малигнизации следующий типы полипов толстой кишки <ol style="list-style-type: none"> a. гиперпластические b. тубулярные c. аденоматозные d. ворсинчатые и аденоматозные e. тубулярно-ворсинчатые 2. Самый простой метод диагностики рака прямой кишки <ol style="list-style-type: none"> 1. пальцевое исследование прямой кишки 2. ирригоскопия 3. колоноскопия 3. Наиболее часто отдаленные метастазы рака прямой кишки поражают <ol style="list-style-type: none"> 1. кости 2. легкие 3. печень 4. головной мозг
<p style="text-align: center;"><i>Б 1.В.ОД.1.5</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания пищеварительного тракта, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническое проявление забрюшинных опухолей в основном зависит от: <ol style="list-style-type: none"> a) Локализации и размеров опухоли б) Локализации и морфологического строения опухоли в) Размеров и морфологического строения опухоли г) Морфологического строения опухоли 2. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя диффузная гинекомастия. Ему следует назначить: <ol style="list-style-type: none"> a) Гормонотерапию эстрогенами б) Гормонотерапию андрогенами в) Гормонотерапию кортикостероидами г) Препараты, улучшающие функции печени д) Йодсодержащие препараты 3. Факторами риска развития диффузно фиброзно-

кистозной мастопатии является:

а) Хронического аднексита

б) Хронического гепатита

в) Заболевания щитовидной железы

г) Все ответы правильные

4. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является:

а) Хирургический

б) Лучевой

в) Гормональный

г) Лекарственный

5. Основным видом лечения внутрипроточковых папиллом является:

а) Хирургический

б) Лучевой

в) Гормональный

г) Лекарственный

6. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:

а) Лучевой терапии

б) Гормонотерапии

в) Химиотерапии

г) Хирургического лечения молочной железы

<p style="text-align: center;"><i>Б 1.В.ОД.1.6</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания костно-суставной системы.»</p>	<p>1. Основным методом диагностики рака желудка является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ангиография 2. рентгеноскопия 3. радиоизотопный метод 4. гастроскопия с биопсией и морфологическим исследованием 5. исследование желудочной секреции <p>2. Для рака желудка характерна</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повышенная кислотность желудочного сока 2. сниженная кислотность желудочного сока 3. повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока 4. правильного ответа нет
<p style="text-align: center;"><i>Б 1.В.ОД.1.7</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания эндокринной системы...»</p>	<p>1. Наиболее частая морфологическая структура злокачественных опухолей щитовидной железы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) папиллярная аденокарцинома 2) фолликулярная аденокарцинома 3) медуллярный рак 4) плоскоклеточный рак <p>2. Наиболее информативный метод диагностики рака щитовидной железы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) аспирационная биопсия опухоли 2) УЗИ 3) Радиоизотопное исследование 4) КТ <p>3. Наиболее частая морфологическая структура опухолей слюнных желез</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) плоскоклеточный рак 2) мукоэпидермоидный рак 3) лимфосаркома 4) аденокарцинома
<p style="text-align: center;"><i>Б 1.В.ОД.1.8</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания репродуктивной системы»</p>	<p>1. Прогноз течения рака молочной железы хуже при:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Отечно-инфильтративной форме б) Узловой форме I стадии в) Узловой форме II стадии г) Болезни Педжета <p>2. Симптом "лимонной корки" и отек ареолы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Увеличивает стадию заболевания и влияет на

выработку плана лечения

- б) Не увеличивает стадию заболевания
- в) Не влияет на выработку плана лечения
- г) Влияет на общее состояние

3. Рак молочной железы необходимо дифференцировать с:

а) С узловой мастопатией

- б) С гематобластомами
- в) С маститом
- г) С туберкулезом
- д) Все ответы верные

4. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом является:

а) Маммография

б) Пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата

- в) Термография
- г) Ультразвуковое исследование

5. При хориокарциноме наиболее частый вид метастазирования:

- а) Лимфогенный
- б) Гематогенный
- в) По протяжению
- г) **Все ответы верные**

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1 «Онкология как наука. Общие методы обследования онкологических больных»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №1</p> <p>Назовите инструментальные методы позволяющие визуализировать регионарные лимфатические узлы при подозрении на злокачественное новообразование. Больному Д., 64 лет, по поводу рака желудка Т3N1M0 выполнена гастрэктомия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите возможные ранние и поздние послеоперационные осложнения. <p>У больного по клинико-инструментальным данным имеется новообразование молочной железы с отёком кожи и признаками лимфостаза.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возможно ли оперативное лечение у данной больной 1 этапом? 2. С каких методов необходимо начинать лечение этой больной (местных или системных) и почему? <p style="text-align: center;">Задача №2</p> <p>У больной Т., 48 лет при обращении в поликлинику по поводу утомляемости в ОАК выявлена анемия средней тяжести (Hb 72 г/л, Эр 1,72 г/л). Других жалоб нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите возможные причины. 2. Составьте план обследования больной.
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2 «Онкологические заболевания органов дыхания и средостения»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 3</p> <p>Больная Ш., 48 лет, закончила комплексное лечение по поводу рака молочной железы. Проведено: лучевая терапия, радикальная мастэктомия, 6 курсов ПХТ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите клиническую группу. 2. Назовите сроки диспансеризации в течение первых пяти лет. 3. Что является основной целью диспансеризации онкологических больных? <p style="text-align: center;">Задача № 4</p> <p>У больной Д., 35 лет, выявлен рак левой молочной железы с метастазами в кости. Планируется провести несколько курсов химиотерапии, овариумэктомию, гормонотерапию.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие учётные документы необходимо оформить? <p style="text-align: center;">Задача № 5</p> <p>Больная Т., 28 лет, жалоб не предъявляет. При флюорографии выявлено округлое образование в верхней доле правого легкого диаметром 2 см, с четкими, ровными контурами.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R-логические изменения в легких. 2. Составьте план обследования. 3. Укажите методы, позволяющие получить морфологическую верификацию процесса.
<p>Б 1.В.ОД.1.3 Раздел 3 «Онкологические заболевания сердечно-сосудистой системы.»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 6</p> <p>Больная А., 67 лет. Предъявляет жалобы на наличие уплотнения тканей подмышечной области слева. Из анализа известно, что 20 лет назад было проведено комбинированное лечение по поводу рака левой молочной</p>

	<p>железы Т2 N2 Mo II ст.: радикальная операция (мастэктомия) и послеоперационная телегамматерапия на область послеоперационного рубца и зоны регионарного метастазирования РД 2 Гр, СОД - 40 Гр. При осмотре определяется диффузное уплотнение ткани подмышечной области</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой характер поражения наиболее вероятен? 2. Имеются ли показания к проведению лучевой терапии? Если имеются, то какой метод лучевого лечения следует предпочесть? 3. Какие рекомендации следует дать пациентке?
<p>Б 1.В.ОД.1.4 Раздел «Онкологические заболевания нервной системы.»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 7</p> <p>Больная И. 52 года. Жалобы на наличие опухолевого образования в области наружной поверхности правого бедра. На основании клинических, лучевых, морфологических исследований установлен диагноз: липосаркома правого бедра. Кроме того, установлен диагноз: гипертоническая болезнь II б ст. При УЗИ определены размеры опухоли 6 ´ 8 см. Глубина залегания опухоли (ее центр) 9 см.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Есть ли противопоказания к лучевой терапии? 2. Возможно ли применение лучевой терапии? Если нет, то какой вид лучевого лечения может быть применен? Назовите условия применения лучевой терапии, возможную РД, СОД, границы полей облучения.
<p>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел «Онкологические заболевания пищеварительного тракта, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №8</p> <p>Больному А., 63 лет, два года тому назад выполнена субтотальная резекция желудка по поводу рака Т3N1M0. В настоящее время диагностирован рецидив заболевания.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите клиническую группу. 2. От чего это будет зависеть? 3. Где в дальнейшем будет наблюдаться больной? <p style="text-align: center;">Задача №9</p> <p>Больной В., 72 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство «застревания» при прохождении твердой пищи по пищеводу, сопровождающееся болевыми ощущениями. Чтобы твердая пища лучше «проходила» запивает ее водой. Похудел на 6 кг. Страдает мерцательной аритмией, тахисистолической формой, сахарным диабетом II типа, тяжелой степени.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Составьте план обследования больного. 2. Какая лечебная тактика? <p style="text-align: center;">Задача №10</p> <p>Больной Д., 64 лет, длительное время страдает</p>

язвенной болезнью желудка. Состоит на диспансерном учете. Последние несколько месяцев стал отмечать боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, снижение аппетита, слабость. Похудел на 6 кг. При очередном обращении выполнена ФГДС, выявлена язва в теле желудка около 5 см в диаметре. Была назначена противоязвенная терапия, однако в течение 2-х недель больному лучше не стало, и он повторно обратился к участковому врачу.

1. План дообследования больного?

Задача №11

Больная Р., 62 лет, обратилась к врачу с жалобами на тошноту, рвоту съеденной пищей, чувство переполнения желудка. Иногда самостоятельно вызывает рвоту, которая приносит облегчение. Похудела на 12 кг, беспокоит слабость. При ФГДС натошак в просвете желудка большое количество содержимого. Заключение: в описанных условиях высказаться о характере изменений в желудке не представляется возможным.

1. Какие методы обследования могут помочь установить правильный диагноз?

Задача №12

Больной К., 38 лет, обратился к участковому терапевту по поводу периодически беспокоящих болей в эпигастрии, усиливающихся после еды. При ФГДС на фоне атрофического гастрита выявлены два полипа 0,3 и 0,4 см на широком основании, локализующиеся в антральном отделе желудка. Гистология - гиперпластические полипы.

1. Предложите варианты лечения.
2. План диспансеризации.

Задача №13

Больная Л., 70 лет, два года назад находилась на лечении в хирургическом отделении по поводу полипа прямой кишки. Была выполнена эндоскопическая электрокоагуляция полипа. Три месяца тому назад стала отмечать боли при акте дефекации, слизь, прожилки крови в кале.

1. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы?
2. План обследования?

Задача №14

Больной К., 58 лет обратился к участковому

	<p>терапевту по поводу частого жидкого стула. После опроса больного был заподозрен дизбактериоз и больной направлен на бактериологическое исследование кала, при котором были выявлены нарушения микрофлоры кишечника. Больному было назначено лечение пробиотиками. Однако жидкий стул у больного сохранялся, стал замечать слизь в кале. Был направлен к хирургу. Хирург после опроса и пальпации живота направил больного на колоноскопию, при которой были выявлены явления хронического колита. Продолжил лечение, которое так же не имело успеха, после появления прожилок крови в кале родственники привели больного в онкологический диспансер.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Достаточно ли колоноскопии для исключения органической, в т.ч. онкологической патологии толстой кишки? 2. Патология каких отделов толстой кишки может быть пропущена при колоноскопии и ректороманоскопии?
<p><i>Б 1.В.ОД.1.6</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания костно-суставной системы...»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №15</p> <p>У больного ДОА коленных суставов, выраженный болевой синдром. Боли плохо купируются применением НПВС. Контрольные рентгенограммы ежегодно, последнее исследование 6 месяцев назад, без динамики.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой объём дообследования? 2. Показаны лучевые методы диагностики?
<p><i>Б 1.В.ОД.1.7</i> <i>Раздел</i> «Онкологические заболевания эндокринной системы...»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №16</p> <p>У больного 55-и лет медуллярный рак щитовидной железы Т3N1M0. У больного имеются дисфагия, осиплость голоса, синдром Горнера.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Тактика лечения? 2. Показано ли оперативное лечение и в каком объёме? 3. Какой стадии опухолевого роста соответствует клиника? <p style="text-align: center;">Задача №17</p> <p>У больного опухоль околоушной слюнной железы, распространяющаяся за пределы паренхимы по данным клинико-инструментальных исследований. Нет признаков вовлечения кожи, нижней челюсти и лицевого нерва.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определите стадию опухолевого роста и стадию заболевания. 2. Какие ещё данные нужны для уточнения стадии заболевания?

Б 1.В.ОД.1.8
Раздел
 «Онкологические
 заболевания
 репродуктивной
 системы»

Задача №18

Больной Г., 48 лет, курильщик с 28 летним стажем, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на сухой надсадный кашель, усиливающийся в ночное время. Несколько раз в скудной мокроте отмечал прожилки крови. При флюорографии патологии не выявлено.

1. Тактика врача поликлиники.
2. Достаточно ли в данном случае ограничиться флюорографическим исследованием и почему?

Задача №19

Больная К., 48лет, два года тому назад прооперирована в ООД по поводу Са правой молочной железы ^ N 0 M 0 . Обратилась на прием к невропатологу поликлиники по поводу болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу. При R -графии пояснично-крестцового отдела позвоночника имеется разреженность костного вещества тел 1 - 2 и 5-го поясничных позвонков, однако бесспорных данных в пользу костнодеструктивных изменений не получено.

1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R -логические изменения в костях скелета.
2. Составьте план обследования больной.

Задача №20

Больная 32 лет оперирована два года тому назад по поводу рака желудка III стадии. Состояние больной относительно удовлетворительное. Справа и слева от матки пальпируются плотные образования, расположенные над входом в малый таз.

- 1.Ваш предположительный диагноз?
- 2.Какие исследования необходимы для выработки тактики?
- 3.Ваш прогноз в отношении этой больной?

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

11. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4)	

-91-100 Отлично (5)	
-------------------------------	--

12. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

13. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

14. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Онкология»

Ф формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	З С – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
					если применимо к РП!!!

	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
К	1-20	1-5	1-20	1-20	
К	4,8-11, 13, 14, 16, 17, 18, 20	1-5	1,5,9,11,16,17-18,20	1,6,10,11,17	
	1,3,5	1-5	7,15	5,8,13	
		1-5	3,4,6,8,10,12-14,19	3,7,12,14-16, 18-20	
				19	
		1-5	7	8,9	
2		1-5	2	2,4	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «РЕНТГЕНОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы рентгенологии»	<p>73. Техника укладки пациентов для проведения КТ, МРТ, рентгенологических исследований.</p> <p>74. Техника расчета объема и скорости введения контрастного препарата.</p> <p>75. Техника исследований на рабочих станциях.</p>
Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2 «Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения»	<p>76. Какие ведомства осуществляют контроль за соблюдением требований радиационной безопасности медицинских учреждений?</p> <p>77. Какие органы и ткани пациента нуждаются в первоочередной защите от ионизирующего излучения?</p> <p>78. От чего зависит нерезкость рентгенограмм.</p>
Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта и органов брюшной полости»	<p>79. Функциональные пробы при рентгенологическом исследовании легких.</p> <p>80. Современные понятия о лучевой диагностике. Рентгенология – как клиническая дисциплина.</p> <p>81. Принципы и способы получения различных видов и методов лучевой диагностики.</p>
Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы»	<p>82. Схемы и принципы анализа картиночной визуализации различных органов и систем человека в рентгенологии. Построение рентгеновского заключения.</p> <p>83. Рентгеновские аппараты и комплексы. Электротехника.</p> <p>84. Закономерности формирования рентгеновского изображения.</p>
Б 1.В.ДВ.1.2.5 Раздел 5 «Рентгенодиагностика заболеваний головы и шеи. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы»	<p>85. Рентгеновская фототехника. Автоматическая проявка. Видеокомпьютерная запись.</p> <p>86. Дозиметры применяемые в рентгеновской практике. Санитарные нормы и правила радиационной безопасности.</p> <p>87. Биологическое действие на организм ионизирующих излучений, электромагнитных волн, упругих колебаний.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы рентгенологии»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-рентгенолога.2. Правовые основы здравоохранения.3. Общие вопросы рентгенологии4. Рентгенология как клиническая дисциплина. Методы рентгенологического исследования.5. Основы рентгеновской скиалогии. Построение рентгенологического диагноза6. Психологические аспекты в рентгенологии.7. Физико-технические основы рентгенологии и других методов лучевой диагностики8. Электротехника, физика рентгеновских лучей. Закономерности формирования рентгеновского изображения.9. Методы получения рентгеновского изображения. Рентгеновская фототехника.10. Методы лучевой диагностики, не связанные с рентгеновским излучением.11. Радиационная защита в рентгенологии12. Биологическое действие ионизирующих излучений. Дозиметрия.13. Меры защиты медицинского персонала, пациентов и населения при рентгенологических исследованиях.14. Ядерные и радиационные аварии
<p>Б 1.В.ДВ1.2.2 Раздел 2 «Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения»</p>	<ol style="list-style-type: none">15. Методика исследования, рентгеноанатомия и рентгенофизиология. органов грудной полости, общая рентгеносемиотика.16. Аномалии и пороки развития легких и бронхов.17. Острые воспалительные заболевания легких, классификация.18. Тромбоэмболия легочной артерии.19. Хронические воспалительные и нагноительные заболевания бронхов и легких.20. Эмфизема легких, бронхиальная астма, дистрофия легких.21. Изменения легких при профессиональных заболеваниях.22. Туберкулез легких.23. Злокачественные опухоли легких.24. Доброкачественные опухоли бронхов и легких.25. Паразитарные и грибковые заболевания легких.26. Изменения в легких при системных заболеваниях.27. Изменения в легких при нарушениях в малом круге кровообращения.28. Заболевания средостения, плевры. Неотложная рентгенодиагностика повреждений и острых заболеваний грудной полости.
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта и органов брюшной полости»</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Методика исследования. Рентгеноанатомия и рентгенофизиология органов брюшной полости.2. Заболевания глотки, пищевода и желудка.3. Заболевания тонкой кишки.4. Заболевания толстой кишки.5. Заболевания поджелудочной железы, печени и желчных путей.6. Заболевания диафрагмы и неорганические заболевания органов брюшной полости.7. Неотложная лучевая диагностика при острых состояниях в брюшной полости.
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы»</p>	<ol style="list-style-type: none">8. Методики исследования сердца и сосудов. Рентгеноанатомия и рентгенофизиология сердца и сосудов.9. Рентгеносемиотика.10. Приобретенные пороки сердца. Классификация.11. Врожденные пороки сердца и аномалии развития

	<p>сосудов.</p> <p>12. Заболевания миокарда. Классификация.</p> <p>13. Заболевания перикарда, прочие заболевания сердца.</p> <p>14. Заболевания кровеносных сосудов.</p> <p>15. Заболевания лимфатических сосудов.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5 «Рентгенодиагностика заболеваний головы и шеи. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы»</p>	<p>16. Методика исследования органов головы и шеи. Рентгеноанатомия и рентгенофизиология.</p> <p>17. Заболевания черепа и головного мозга.</p> <p>18. Заболевания уха, носа, носоглотки и околоносовых пазух.</p> <p>19. Заболевания глаза и глазницы.</p> <p>20. Заболевания зубов и челюстей.</p> <p>21. Заболевания гортани, щитовидной и паращитовидной желез.</p> <p>22. Методика исследования, рентгеноанатомия и рентгенофизиология молочной железы</p> <p>23. Общая рентгеносемиотика.</p> <p>24. Аномалии пороки развития.</p> <p>25. Дисгормональные гиперплазии.</p> <p>26. Опухоли молочной железы.</p> <p>27. Воспалительные заболевания молочной железы.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы рентгенологии»</p>	<p>1. В нормальных условиях продолжительность пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке составляет:</p> <p>А) 1ч. Б) 3ч. В) 5ч. Г) 7ч.</p> <p>2. Начальная фаза интерстициальной пневмонии проявляется:</p> <p>а) усилением легочного рисунка б) усилением и деформацией рисунка в) реакцией корней легких г) паренхиматозными инфильтратами</p> <p>3. Двустороннее увеличение размеров корней легких, чаще всего, наблюдается при:</p> <p>а) саркоидозе б) септической метастатической пневмонии в) двухсторонних метастазах опухоли почки г) двустороннем эхинококкозе легких</p> <p>1. Солитарная полость в легком – это:</p> <p>а) распад в воспалительном инфильтрате б) ограниченный участок пневмоторакса в) ограниченная буллезная эмфизема г) туберкулезная каверна</p> <p>2. При крупозной пневмонии чаще всего соответствующий корень легкого:</p> <p>а) не расширен б) расширен и имеет бугристые контуры в) расширен и малоструктурен г) расширен и смещен</p> <p>3. При разрыве главного бронха в средостении будет определяться:</p> <p>а) воздух б) кровь в) смещение средостения</p>
---	--

	<p>г) симптомов не будет</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ1.2.2</i> Раздел 2 «Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения»</p>	<p>3. Когда были открыты рентгеновские лучи? А) В 1915 году Б) В 1905 году В) В 1880 году Г) В 1895 году</p> <p>4. Кто открыл рентгеновские лучи? А) Макс фон Лауэ Б) В.К. Рентген В) А.Ф. Иоффе Г) Х.Д. Румкорф</p> <p>5. Какая ткань наиболее чувствительна к ионизирующему излучению: А) Мышечная ткань Б) Миокард В) Эпителиальная ткань Г) Кровотворная ткань</p> <p>6. Единицей эквивалентной дозы в системе СИ является: А) грей Б) рад В) бэр Г) зиверт</p> <p>7. Единица Зиверт равна: А) 100 радам Б) 10 бэр В) 0.1 Грея Г) 100 миллирентгенам</p> <p>8. Единицей поглощенной дозы в системе СИ является: А) рентген (Р) Б) рад (рад) В) грей (Гр) Г) зиверт (З)</p> <p>9. Чем определяется толщина выделяемого слоя при линейной томографии? А) Величиной напряжения генерирования рентгеновского излучателя Б) Скоростью движения штанги</p>

	<p>В) Заданным углом движения рентгеновского излучателя Г) Любым из перечисленных условий</p> <p>10. Какое свойство рентгеновского излучения является определяющим в его биологическом действии?</p> <p>А) Проникающая способность Б) Преломление в биологических тканях В) Скорость распространения излучения Г) Способность к ионизации атомов</p> <p>11. В чем заключается методика "усиления" при рентгеновской компьютерной томографии?</p> <p>А) Томографию выполняют в условиях внутривенного введения рентгеновского контрастного вещества Б) В повышении напряжения генерирования рентгеновского изображения В) В получении изображения очень тонких слоев объекта Г) В ускорении вращения рентгеновского излучателя вокруг снимаемого объекта</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.3</i> Раздел 3 «Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта и органов брюшной полости»</p>	<p>12. Доза облучения врача-рентгенолога определяется:</p> <p>А) общим количеством выполненных исследований Б) количеством коек в стационаре В) мощностью дозы на рабочем месте около универсального штатива и объемом работы при выполнении рентгенологического исследования Г) количеством участков в поликлинике</p> <p>13. К факторам вреда рентгенологических исследований не относятся:</p> <p>А) облучение пациента Б) облучение персонала В) затраты на приобретение средств защиты Г) затраты на организацию производственного контроля</p> <p>14. Защита от излучения рентгеновского аппарата необходима:</p> <p>А) круглосуточно Б) в течение рабочего дня В) только во время рентгеноскопических исследований Г) только во время генерирования рентгеновского излучения</p> <p>15. Наибольшему облучению при проведении рентгенологических исследований подвергаются следующие специалисты:</p> <p>А) врачи-рентгенологи в кабинетах общего профиля Б) врачи-рентгенологи в кабинетах ангиографического профиля В) врачи-рентгенологи флюорографических кабинетов Г) рентгенолаборанты</p>

	<p>16. Какова минимальная смертельная доза при облучении всего тела рентгеновскими или гаммалучами? А) 0.1 Гр Б) 1 Гр В) 10 Гр Г) 100 Гр</p> <p>17. Какие физические явления наблюдаются в облученных клетках? А) Эффект Черенкова Б) Телерепродукция В) Флюоресценция Г) Ионизация атомов и молекул, электростатические эффекты</p> <p>18. Рентгеновская трубка относится: А) к изотопным источникам Б) к радиоактивным источникам В) к генерирующим источникам Г) ни к одному из вышеперечисленных источников</p> <p>19. Мощность дозы с увеличением расстояния до объекта А) увеличивается обратно пропорционально квадрату расстояния Б) не изменяется В) уменьшается обратно пропорционально квадрату расстояния Г) уменьшается прямо пропорционально квадрату расстояния</p>
<p><i>Б 1.В.ДВ.1.2.4</i> Раздел 4 «Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы»</p>	<p>20. Типом строения сосцевидного отростка при патологии является А) пневматический Б) склеротический В) спонгиозный Г) смешанный</p> <p>21. Рентгеноскопия дает возможность изучить А) структуру корней легких Б) легочный рисунок В) подвижность диафрагмы Г) морфологию инфильтрата в легком</p> <p>22. Исследованием первого выбора в диагностике заболеваний легких является А) рентгеноскопия Б) рентгенография в прямой проекции В) рентгенография в прямой и боковой проекциях Г) рентгеновская компьютерная томография</p> <p>23. Рентгенопневмополиграфия дает наибольшую информацию об изменениях</p>

	<p>А)корней легких Б) средостения В)легочного рисунка Г) вентиляции легких</p> <p>24. Пространственное разрешение обычной рентгенографии А)идентично рентгеноскопии Б) идентично цифровой флюорографии В) выше цифровой флюорографии Г) ниже цифровой флюорографии</p> <p>25. Линейная томография необходима в выявлении А)увеличенных лимфоузлов бифуркации трахеи Б) внутрибронхиальной опухоли В)малого количества выпота в плевральной полости Г) воздуха в средостении</p> <p>26. Прозрачность легочных полей при пробе Вальсальвы А)увеличивается Б) уменьшается В) не изменяется Г) изменяется неравномерно</p> <p>27. Рентгенограммы на выдохе делаются для выявления А)выраженного пневмоторакса Б) подвижности диафрагмы В)выпота в плевральной полости в малом количестве Г) перикардита</p> <p>28. Наименьшая доза облучения во время исследования грудной клетки во время А)рентгеноскопии Б) рентгенографии В)крупнокадровой флюорографии Г) цифровой флюорографии</p>
<p><i>Б 1.В.ОД.1.5</i> Раздел 5 «Рентгенодиагностика заболеваний головы и шеи. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы»</p>	<p>29. Возрастные особенности черепа включают А)состояние швов Б) рисунок сосудистых борозд В) выраженность развития пальцевых вдавлений Г) развитие выпускников</p> <p>30. К обызвествлениям нормальных анатомических образований черепа относятся все перечисленные ниже, кроме А)шишковидной железы Б) серповидного отростка В)диафрагмы турецкого седла Г) сосудистых сплетений</p>

	<p>31. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является</p> <p>А)увелечение размеров турецкого седла Б) остеопороз деталей седла В) повышенная пневматизация основной пазухи Г) понижение пневматизации основной пазухи</p> <p>32. Под термином “рельеф костей свода черепа” понимают</p> <p>А) рисунок венозных синусов Б) рисунок артериальных борозд В) рисунок пальцевых вдавлений Г) рисунок всех перечисленных выше образований</p> <p>33. Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается</p> <p>А)при остеосаркоме Б) при остеомиелите В)при остеоме Г) при фиброзной дисплазии</p> <p>34. Развитием периостальных изменений черепа сопровождается</p> <p>А)эпидермоид Б) атерома В)остеосаркома Г) остеома</p> <p>35. Остеосклероз костей черепа характерен</p> <p>А)для остеомиелита Б) для туберкулеза В) для гиперпаратиреоидной остеодистрофии Г) для фиброзной дисплазии</p> <p>36. Наиболее частой локализацией остеоом черепа является</p> <p>А) лобная пазуха Б) клетки решетчатого лабиринта В) затылочная кость Г) верхнечелюстная пазуха</p> <p>37. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает</p> <p>А) рентгенограмма черепа в проекции Шюллера Б) рентгенограмма черепа в проекции Майера В) рентгенограмма черепа в проекции Стенверса Г) обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции</p>
--	---

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы рентгенологии»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №1</p> <p>В рентгеновской трубке возникают следующие виды излучений: катодные лучи - поток электронов, идущий от катода к аноду и тормозное излучение, создающееся при торможении потока электронов об анод.</p> <p>1. Какое из этих излучений рентгеновское?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №2</p> <p>19 лет, студент. Участник ДТП. Жалоб не предъявляет по причине тяжелого состояния - кома I. Объективно: ушибленная рана правой височной области, отоликворея, ссадины мягких тканей лица, эмфизема мягких тканей правой половины грудной клетки. Рентгенография костей черепа в прямой и правой боковой проекции: линейный перелом правой височной кости с распространением на пирамиду височной кости.</p> <p>На какие дополнительные лучевые методы исследования должен быть направлен больной в экстренном порядке и почему?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №3</p> <p>54 года, дорожная рабочая. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.</p> <p>1. Ваше предположительное заключение. 2. На какой дополнительный метод лучевого исследования должна быть направлена больная и почему?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №4</p> <p>34 года, водитель. Доставлен в стационар бригадой скорой помощи в алкогольном опьянении, участник ДТП. Жалобы на сильную боль в спине, онемение ног, ограничение подвижности. Объективно: состояние тяжелое, стопные рефлексы снижены. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях: снижение высоты тел позвонков L1 и L2 в передних отделах более чем на 1/2, в теле позвонка L1 определяется линия просветления, проходящая в вертикальной плоскости с расхождением костных фрагментов.</p> <p>1. Какое заключение вы дадите по вышеописанным рентгенограммам? 2. Какой из методов лучевой диагностики поможет более точно определить повреждения поясничного отдела позвоночника?</p>

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2 «Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №5</p> <p>70 лет, пенсионер. Год назад проведена нефрэктомия по поводу рака почки. Жалобы на повышение температуры тела до 37,5 С. В нижних отделах правого и левого легких дыхание ослаблено, здесь же отмечается притупление перкуторного звука. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости (стоя): в нижних отделах правого и левого легких определяется ограниченное затемнение, однородной структуры с четкими контурами и горизонтальным уровнем жидкости.</p> <p>1.Какое заключение вы дадите по вышеописанной рентгенограмме?</p> <p>2.Какие еще методы лучевой диагностики следует назначить и почему?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №6</p> <p>60 лет, инженер. Клинически предполагают конкремент в нижней трети правого мочеточника. При УЗИ определяется расширение полостных элементов правой почки. Экскреторная урография: правосторонняя пиелокаликоектазия, снижение экскреторной функции правой почки, теней подозрительных на рентгенконтрастные конкременты не выявлено.</p> <p>Какой должен быть дальнейший алгоритм использования методов лучевой диагностики для постановки диагноза?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №7</p> <p>60 лет. Доставлена в стационар бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. Клинически диагностируется острое нарушение мозгового кровообращения, подозревают ишемический или геморрагический инсульт. Необходимо уточнить локализацию и распространенность патологического процесса.</p> <p>Какой экстренный метод лучевой диагностики следует назначить?</p>
	<p style="text-align: center;">Задача №8</p> <p>56 лет, повар. Предварительный клинический диагноз опухоль спинного мозга на уровне грудопоясничного перехода позвоночника.</p> <p>Какой лучевой метод исследования нужно назначить?</p>

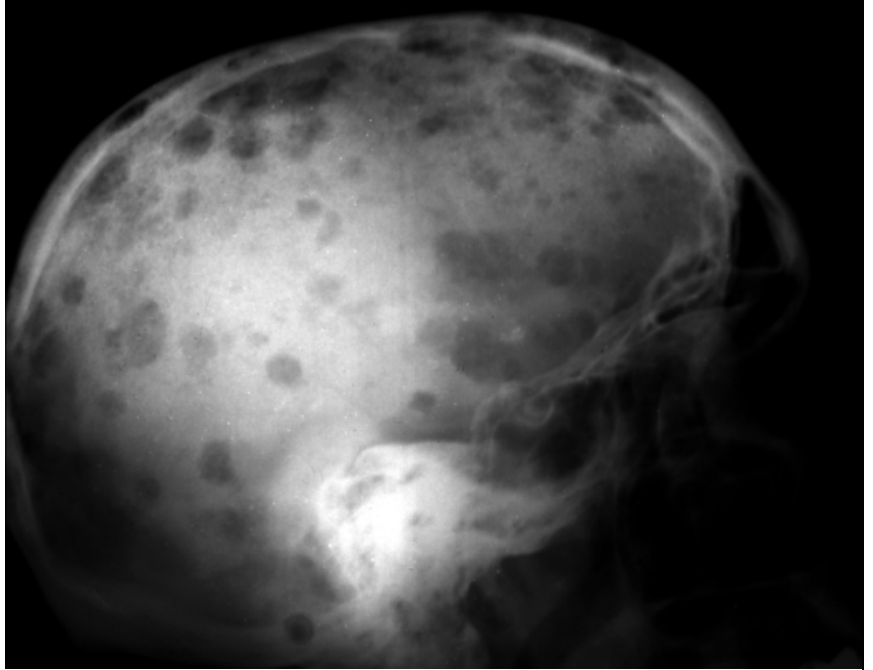
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта и органов брюшной полости»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №9</p> <p>48 лет, инженер. Ему проводился метод исследования, во время которого рентгеновские лучи непрерывно испускаются и улавливаются экраном, производя при этом динамическое изображение в реальном времени.</p> <p>Как называется этот метод исследования?</p> <p style="text-align: center;">Задача №10</p> <p>70 лет, пенсионер. Жалобы на хронические боли в пояснице иррадиирующие в левую ногу. На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в двух проекциях: признаки дегенеративно-дистрофических изменений характера остеохондроза и спондилоартроза.</p> <p>Какой следующий метод лучевой диагностики нужно назначить?</p> <p style="text-align: center;">Задача №11</p> <p>69 лет, слесарь. Направлен участковым терапевтом на магнитно-резонансную томографию поясничного отдела позвоночника. Жалобы на хронические боли в пояснице иррадиирующие в левую ногу. Со слов больного болен аритмией, установлен внутривенный кардиостимулятор.</p> <p>1. Возможно ли выполнение назначенного метода исследования? 2. Какой лучевой метод исследования может быть еще назначен?</p> <p style="text-align: center;">Задача №12</p> <p>У врача рентгеновского кабинета отмечен резко сниженный иммунитет, слабость, потеря массы тела, возникает подозрение о недостаточной защите этого врача от рентгеновского излучения.</p> <p>Что нужно сделать, чтобы подтвердить или опровергнуть это подозрение?</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Рентгенодиагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №13</p> <p>70 лет, с жалобами на одышку и сухой кашель, проводилось исследование органов грудной полости, во время которого однородный пучок рентгеновского излучения, при прохождении через грудную полость становится неоднородным, и регистрируется на рентгеновской пленке.</p> <p>Как называется этот метод исследования?</p> <p style="text-align: center;">Задача №14</p> <p>30 лет, учитель. Обратился в стационар, с жалобами на кровохаркание, до этого, 3 месяца назад, контактировал с туберкулезным больным. На руках имеется мелкокадровый</p>

	<p>рентгеновский снимок (24x24 мм) органов грудной полости, выполненный, в плановом порядке, два года назад.</p> <p>1.Какое исследование выполнялось больному?</p> <p>2.На какое дополнительное лучевое исследование должен быть направлен больной?</p> <p style="text-align: center;">Задача № 15</p> <p>Мужчина, 70 лет.</p> <p>Жалобы на нарастающие боли в костях. Анамнез. Два месяца назад появились боли в поясничном отделе позвоночника, затем присоединились боли в тазобедренных суставах, спине, ребрах, плечевых суставах. Появилась слабость. Объективно. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника. Боли при пальпации в остистых отростках позвонков. В анализах крови – анемия.</p> <p>На рентгенограммах позвоночника, таза, плечевых костей – множественные округлые с четкими контурами плотные очаги до 1 см в диаметре. Дистрофические изменения в суставах и позвоночнике. Системный остеопороз. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника.</p> <p><u>Ваше заключение:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метастазы рака предстательной железы. 2. Миеломная болезнь. 3. Болезнь Педжета (остеодистрофия). 4. Множественные остеомы
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.5 Раздел 5 «Рентгенодиагностика заболеваний головы и шеи. Рентгенодиагностика заболеваний молочной железы»</p>	<p style="text-align: center;">Задача №16</p> <p>44 год, учитель. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. Детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Рентгенография органов грудной полости: множественные крупноочаговые тени правого и левого легкого, деструкция переднего отрезка III-го ребра слева.</p> <p>1.Какое заключение вы дадите по вышеописанным методам лучевой диагностики?</p>

2. Какие дополнительные лучевые методы исследования нужно назначить?

Задача №17

34 года, работник почтового отделения. Жалобы на повышенную утомляемость, потерю веса, боли в костях. Рентгенография и КТ костей черепа: множественные четко очерченные очаги деструкции.



1. Назовите метод исследования.
2. Сформулируйте и обоснуйте предположительное заключение.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

16. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

17. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

18. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Рентгенология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	З С – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если примени мо к РП!!!
	Тесты	За дачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
К	1-29	1- 3	1-24	1-25	
К	1-5, 14-18	1- 3	1-5, 15, 16, 20	1-5	
	6-10, 11-13	1- 3	6-8, 9-11, 13- 14	6-10, 11- 15	
		1- 3		16-20, 21- 24	
			12	25	
		1- 3			
2		1- 3		18	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОСКОПИЯ».

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы эндоскопии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основы законодательства здравоохранения и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения. 2. Общие вопросы организации эндоскопической помощи взрослому населению и детям. 3. Организация медицинской помощи в военно-полевых условиях. Роль эндоскопических методов в обследовании больных в военнопольных условиях. 4. Профилактика передачи заболеваний во время эндоскопического исследования. 5. Вопросы асептики и антисептики в эндоскопии. 6. Принципы, приемы и методы обезболивания в эндоскопии. 7. Аппаратура и инструментарий, применяемые во время эзофагогастродуоденоскопии. Принципы устройства оборудования. 8. Сравнительные преимущества и недостатки моделей эндоскопов. Видеоэндоскопы, видеоприставки, их преимущества и недостатки в сравнении с фиброволоконной оптикой. 9. Топографоанатомические особенности строения ротоглотки, пищевода, желудка и 12- перстной кишки. Анатомические ориентиры. 10. Возрастные особенности изменений слизистой пищевода, желудка и 12-
---	---

	<p>перстной кишки. Отличительные признаки возрастных изменений от патологических.</p> <p>11. Различные способы биопсии. Показания к их применению. Методика выполнения. Возможные осложнения и способы их предупреждения.</p> <p>12. Аппаратура и инструментарий для фиброволоконной и жесткой эзофагоскопии.</p> <p>13. Показания и противопоказания для гибкой и жесткой эзофагоскопии.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Эндоскопия органов брюшной полости»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эзофагиты, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопическая семиотика. Классификация. 2. 2.Ожоги пищевода. Классификация. Осложнения. 3. 3.Кардиоспазм и его эндоскопическое лечение. 4. Варикозное расширение вен пищевода. Классификация. Эндоскопическое лечение. Показания и противопоказания к выполнению различных лечебных вмешательств при портальных кровотечениях. 5. Кандидозный эзофагит. Этиопатогенез, эндоскопическая семиотика. 6. Пищевод Баррета. Этиология, эндоскопическая картина, дифференциальная диагностика. 7. Рак пищевода. Классификация. Эндоскопическая диагностика, диффе 8. Дивертикулы пищевода (Дивертикул Ценкера). Классификация, патогенез, диагностика, эндоскопические признаки. Возможные осложнения. 9. Синдром Меллори-Вейсса. Эндоскопическая диагностика. Местный гемостаз. 10. Доброкачественные подслизистые опухоли пищевода. Дифференциально-диагностические признаки доброкачественных эпителиальных и неэпителиальных опухолей пищевода. 11. Показания и противопоказания к эзофагогастродуоденоскопии. Подготовка, способы обезболивания. Методика выполнения. Осложнения ЭГДС, их профилактика и лечение. 12. Эндоскопическая диагностика гастритов. Классификация. Показания к биопсии. 13. Эрозии желудка, классификация, диагностика, диф.диагностика, эндоскопическая картина. 14. Гастропатии. Классификация, этиопатогенез, диагностика, эндоскопическая семиотика. 15. Язвенная болезнь желудка. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения. 16. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки гастродуоденальных кровотечений. 17. Инородные тела желудка. Диагностика, способы

	<p>извлечения.</p> <p>18. Бесоары желудка. Эндоскопическая диагностика, лечение.</p> <p>19. Полипоз желудка. Эндоскопическое лечение. Показания к длительному динамическому лечению.</p> <p>20. Отдаленные результаты эндоскопической полипэктомии. Рецидивные и резидуальные полипы. Причины их образования и особенности удаления резидуальных полипов.</p> <p>21. Бульбит. Классификация, эндоскопическая семиотика.</p> <p>22. Язвенная болезнь 12 п.к.. Эндоскопическая диагностика. Показания к оперативному лечению. Возможности эндоскопического лечения.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Трахеобронхоскопия»</p>	<p>1. Осложнения язвы лук. 12 п.к. Классификация, диагностика, выбор лечебной тактики.</p> <p>2. Методы эндоскопического гемостаза. Инструментарий, техника.</p> <p>3. Дуоденальные кровотечения. Классификация. Эндоскопическая диагностика. Показания и противопоказания к эндоскопическому лечению. Способы остановки дуоденальных кровотечений</p> <p>4. Заболевания БДС. Клиника, диагностика, эндоскопическая семиотика.</p> <p>5. Показания, противопоказания и подготовка больных к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Аппаратура и инструментарий. Методика выполнения. Неудачи и осложнения. Профилактика осложнений.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1 «Общие вопросы эндоскопии»</p>	<p>1. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет</p> <p>а. 41 см б. 35 см в. 25 см г. 17 см д. 15 см</p> <p>2. В пищеводе при эзофагоскопии определяется физиологических сужений</p> <p>а) одно б) два в) три г) четыре д) пять</p> <p>3. В норме розетка кардии располагается на уровне _ см от резцов</p> <p>а) 42-44</p>
---	---

б) 40-41

в) 36-38

г) 34-35

д) 25-26

4. Проксимальная граница нижнего пищеводного сфинктера наиболее отчетливо видна при

а) кардиоспазме

б) халазии кардии

в) хиатальной аксиальной грыже

г) рефлюкс-эзофагите

д) склеродермии пищевода

5. Препилорическим отделом называется часть желудка, примыкающая к привратнику в радиусе

а) 0,5 см

б) 1 см

в) 2 см

г) 3 см

д) 4 см

6. Зона привратника в норме имеет протяженность

а) 0,5 см

б) 1 см

в) 1,5 см

г) 2 см

д) 2,5 см

7. При раздувании воздухом складки желудка

а) расправляются полностью

б) не расправляются

в) расправляются в области свода и антрального отдела и сохраняются по большой кривизне в теле желудка

г) расправляются в антральном отделе и сохраняются в теле и своде желудка

д) расправляются в своде и сохраняются по большой кривизне в теле и антральном отделе

8. Наиболее отчетливо желудочные поля видны

а) в своде желудка

б) на большой кривизне тела желудка

в) на задней стенке тела желудка

г) в области угла желудка

д) в антральном отделе

9. Parietalные клетки фундальных желез желудка секретируют

а) пепсиноген

б) соляную кислоту и внутренний фактор

в) биогенные амины

г) пепсиноген и биогенные амины

10. Анатомической и функциональной границей левой и правой половины толстой кишки является

- а) печеночный угол
- б) селезеночный угол
- в) физиологический сфинктер Кеннона левый
- г) физиологический сфинктер Кеннона правый
- д) физиологический сфинктер Хорста**

11. Интраперитонеально расположены следующие отделы толстой кишки

- а) поперечно-ободочная и сигмовидная**
- б) восходящая и поперечно-ободочная
- в) нисходящая и сигмовидная
- г) сигмовидная и прямая
- д) слепая и восходящая

12. Наибольший диаметр в ободочной кишке имеет

- а) слепая**
- б) поперечно-ободочная
- в) восходящая
- г) нисходящая
- д) сигмовидная

13. Самым узким отделом толстой кишки является

- а) слепая
- б) нисходящая
- в) сигмовидная
- г) ректо-сигмоидный отдел**
- д) прямая

14. Просвет кишки имеет овальную форму в

- а) слепой кишке
- б) восходящей кишке
- в) поперечно-ободочной кишке
- г) нисходящей кишке**
- д) сигмовидной кишке

15. Просвет кишки имеет форму равностороннего треугольника с несколько выпуклыми углами в

- а) слепой кишке
- б) восходящей кишке
- в) поперечно-ободочной кишке**
- г) нисходящей кишке
- д) сигмовидной кишке

16. Метаплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид**

ж) увеличением слоев

17. Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются

- а) психические заболевания
- б) кардиоспазм 3 стадии
- в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания**
- г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени
- д) стенокардия напряжения

18. Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются

- а) инфаркт миокарда в острой стадии
- б) инсульт в острой стадии
- в) психические заболевания
- г) перфорация пищевода**
- д) химический ожог пищевода III ст

19. Показанием к плановой колоноскопии является

- а) полипы прямой кишки, выявленные при ректороманоскопии**
- б) болезнь Уиппла
- в) синдром мальабсорбции
- г) дисбактериоз
- д) гельминтоз

20. Показанием к экстренной колоноскопии является

- а) анемия
- б) кишечное кровотечение**
- в) подозрение на перфорацию толстой кишки
- г) гранулематозный колит
- д) дивертикулез толстой кишки с явлениями

21. При бронхоскопии возможно диагностировать

- а) бронхоэктатическую болезнь
- б) интерстициальную пневмонию
- в) неосложненную кисту легкого
- г) центральный рак легкого**
- д) недренирующийся абсцесс легкого

22. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются

- а) периферический рак легкого
- б) центральный рак легкого
- в) инородное тело бронха
- г) статус астматикус**
- д) кровохарканье

23. Эффективность работы эндоскопического подразделения поликлиники должна оцениваться по количеству

- а) проведенных эндоскопических исследований
- б) выявленных заболеваний**

- в) выявленных заболеваний в ранних стадиях**
- г) выполненных лечебно-оперативных вмешательств
- д) диагностических ошибок и осложнений

24. Под медицинской (санитарной) статистикой понимают

- а) отрасль статистики, изучающую вопросы заболеваемости
- б) совокупность статистических методов для изучения заболеваемости населения
- в) отрасль статистики, изучающую вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
- г) экстраполяцию и прогнозирование
- д) анализ деятельности ЛПУ

25. Эндоскопическим ориентиром для проведения эндоскопа из полости рта в полость глотки служит

- а) глоточная миндалина
- б) задняя стенка глотки
- в) небные дужки
- г) корень языка
- д) язычок мягкого неба**

26. Гипертрофия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров**
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

27. Гиперплазия характеризуется

- а) уменьшением размеров
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе**
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

28. Атрофия характеризуется

- а) уменьшением размеров**
- б) увеличением размеров
- в) увеличением в числе
- г) озлокачествлением
- д) структурной перестройкой
- е) заменой одного вида на другой родственный вид
- ж) увеличением слоев

29. Устье верхнедолевого бронха справа при выполнении бронхофиброскопии располагается на

- а) 12 часах

	<p>б) 9 часах в) 6 часах г) 3 часах д) 2 часах</p> <p>30. Бронх Нельсона - это а) В₁ б) В₂ в) В₃ г) В₅ д) В₆</p> <p>31. Верхушка Фовлера - это а) В₆ б) В₇ в) В₈ г) В₉ д) В₁₀</p> <p>32. Скорость продвижения кишечного содержимого по тонкой кишке составляет а) 0,5 м/час б) 1,0 м/час в) 1,5 м/час г) 2,0 м/час д) 2,5 м/час</p> <p>33. Скорость продвижения кишечного содержимого по толстой кишке а) 0,1 м/час б) 0,5 м/час в) 1,0 м/час г) 1,5 м/час д) 2,0 м/час</p>
<p>Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Эндоскопия органов брюшной полости»</p>	<p>34. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи а) аксиальная б) паразофагеальная в) короткий пищевод г) смешанная д) гигантская</p>

35. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат

- а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищевода отверстия диафрагмы**
- б) инволюция тканей пищевода отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
- в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
- г) кардиоспазм и эзофагоспазм
- д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления

36. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием

- а) нарушения прохождения пищи по пищеводу
- б) расширения пищевода
- в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод**
- г) спазма пищевода
- д) дискинезии пищевода

37. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет

- а) 40 см
- б) 39 см
- в) 38 см**
- г) 37 см
- д) 36 см

38. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются

- а) укорочение пищевода и зияние кардии
- б) зияние кардии и формирование пищеводных колец
- в) формирование пищеводных колец и пролапс слизистой желудка в пищевод
- г) пролапс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит
- д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец**

39. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются

- а) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит
- б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения
- в) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения**
- д) пролапс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии

40. Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является

- а) эрозивный эзофагит**
- б) язвенный эзофагит
- в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода

- г) язвы грыжевого мешка
- д) венозный стаз в грыжевом мешке

41. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

- а) рефлюкс-эзофагит**
- б) кровотечение
- в) ущемление
- г) перфорация
- д) малигнизация

42. Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат

- а) прием внутрь едких веществ и алкоголя
- б) алкоголь и неумеренное курение
- в) неумеренное курение и инфекция
- г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого
- д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения**

43. Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять

- а) только в течение первых суток
- б) только в течение вторых-пятых суток
- в) только спустя 6 дней**
- г) только спустя 14 дней
- д) в любое время

44. Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат

- а) перфорация пищевода и шок**
- б) выраженная интоксикация
- в) отсутствие клинической картины ожога
- г) первые 24 часа после ожога
- д) 7-е сутки после ожога

45. Для исключения перфорации пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить

- а) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей
- б) рентгенографию с барием
- в) рентгенографию с водорастворимым контрастом**
- г) УЗИ
- д) компьютерную томографию

46. Развитию кандидозного эзофагита способствуют

- а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода**
- б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз
- в) амилоидоз и диабет
- г) диабет и метаплазия эпителия
- д) метаплазия эпителия

47. Эндоскопические признаки 1 степени кандидозного

эзофагита

а) на фоне бледной, тусклой слизистой оболочки определяются цепочки округлых эрозий, покрытых желтым экссудатом

б) на фоне умеренной гиперемии слизистой оболочки определяются единичные белесоватые наложения до 0,2 см в диаметре

в) на фоне гиперемированной слизистой оболочки с множественными петехиями определяются линейные белесоватые наложения по вершинам складок

г) вся слизистая оболочка пищевода покрыта массивными, рыхлыми белесоватого цвета наложениями

д) на фоне гиперемии слизистой оболочки определяются множественные белесоватые наложения свыше 0,2 см в диаметре

48. Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите

а) неглубокая округлая язва с подрывными краями, дно покрыто фибрином

б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

в) глубокая округлая язва с подрывными краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом

49. Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются

а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода

б) стенозы пищевода и алкоголизм

в) алкоголизм и хиатальная грыжа

г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит

д) рефлюкс-эзофагит

50. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

а) линейных эрозий

б) сливных эрозий

в) кольцевидных эрозий

г) пептической язвы

д) участков желудочной метаплазии

51. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода

а) линейных эрозий

б) сливных эрозий

в) кольцевидных эрозий

г) пептической язвы

д) участков желудочной метаплазии

52. Основной причиной развития пищевода Барретта служит

а) острое воспаление

б) хроническое воспаление

в) желудочно-пищеводный рефлюкс

- г) нарушение регенерации слизистой оболочки
- д) снижение местных защитных механизмов

53. Эндоскопически пищевод Барретта характеризуется

- а) стиранием зубчатой линии
- б) подчеркнутостью зубчатой линии
- в) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении**
- г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении
- д) рубцовыми изменениями зубчатой линии

54. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при

- а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу**
- б) анемии Адиссон-Бирмера
- в) тилозе
- г) синдроме Пламмер-Винсона
- д) склеродермии

55. Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является

- а) большие размеры дивертикула
- б) дивертикулит
- в) рак в дивертикуле
- г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом**
- д) эрозивный эзофагит

56. Клинические проявления дивертикула Ценкера

- а) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта**
- б) неприятный запах изо рта и афония
- в) афония и легочные осложнения
- г) легочные осложнения и периодическая рвота

57. Степень варикозного расширения вен 2 степени

- а) вены пищевода расширены до 0,5 см в диаметре на всем протяжении, слизистая оболочка не изменена
- б) вены пищевода расширены свыше 0,5 см в диаметре, узловые, суживают просвет наполовину, слизистая оболочка атрофична
- в) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, хаотично расположены, слизистая оболочка воспалена
- г) вены пищевода расширены до 0,3 см в диаметре, продольные, слизистая оболочка не изменена
- д) вены пищевода расширены до 0,5 см извитые, слизистая оболочка воспалена**

58. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают

- а) застойный эзофагит и спазм кардии
- б) расширение просвета пищевода и спазм кардии
- в) спазм кардии и усиление перистальтики**
- г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах

пищевода
д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии

59. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается

- а) лейомиома**
- б) липома
- в) шваннома
- г) фиброма
- д) лимфангиома

60. Эндоскопическая характеристика лейомиомы

- а) ровные контуры и положительный симптом "хоботка"
- б) гладкая поверхность и положительный симптом "шатра"**
- в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера

61. Стриктура просвета это

- а) полное закрытие просвета
- б) функциональное сужение
- в) постоянное органическое сужение просвета
- г) органическое длиной менее 1 см**
- д) закрытие просвета внутриполостным препятствием

62. Причиной развития кардиоспазма служит

- а) стресс
- б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения**
- в) желудочно-пищеводный рефлюкс
- г) хиатальная грыжа
- д) химический ожог в анамнезе

51. Причинами развития острого гастрита чаще являются

- а) прием лекарств и рефлюкс желчи
- б) рефлюкс желчи и стрессовые ситуации
- в) острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки
- г) стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств**
- д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

63. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является

- а) недоброкачественное питание
- б) алкоголь
- в) авитаминозы
- г) инфицирование слизистой оболочки Нр**
- д) рефлюкс дуоденального

64. Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите

- а) диффузная гиперемия

б) мелкоочаговая гиперемия

- в) гиперемия в виде полос
- г) отсутствие гиперемии
- д) точечная гиперемия

65. Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит

- а) фовиальная гиперплазия и гиперплазия желез
- б) фовиальная гиперплазия и атрофия желез**
- в) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фолликулов
- г) гиперплазия лимфоидных фолликулов и инфильтрация эозинофилами
- д) инфильтрация эозинофилами и атрофия желез

66. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является

- а) пенетрация
- б) перфорация
- в) кровотечение**
- г) болевой синдром
- д) малигнизация

67. Язвы кардиальной и медиастральной локализации характеризуются

- а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области
- б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений
- в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды**
- г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки

68. Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре

- а) 1 см
- б) 2 см
- в) 3 см**
- г) 4 см

69. Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является

- а) рак желудка
- б) язвенная болезнь**
- в) мышечная гипертрофия привратника
- г) пролапс слизистой оболочки желудка через привратник
- д) доброкачественные полипы желудка

70. К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка

а) аденоматозные

- б) лимфоидная гиперплазия
- в) полипы Пейтца-Егерса
- г) ювенильные полипы
- д) гиперпластические полипы

71. Чаще озлокачиваются

- а) гиперпластические полипы
- б) аденоматозные полипы**
- в) ювенильные полипы
- г) подслизистые опухоли
- д) эозинофильногранулематозные полипы

72. Первый тип подслизистой опухоли, в зависимости от глубины залегания в стенке желудка означает

- а) опухоль целиком располагается выше уровня слизистой оболочки и даже формирует ложную ножку
- б) незначительное выбухание слизистой оболочки над опухолью, опухоль неподвижна**
- в) выбухание слизистой оболочки имеет полушаровидную форму, опухоль подвижна
- г) слизистая оболочка над опухолью приподнята, опухоль

73. Массивным кровотечением чаще осложняется

- а) рак желудка
- б) полип желудка
- в) доброкачественная подслизистая опухоль желудка**
- г) саркома желудка
- д) болезнь Менетрие

74. Чаще изъязвляются полипы, имеющие

- а) большие размеры и широкое основание
- б) длинную ножку при большой головке**
- в) цилиндрическую форму и большую длину
- г) полусферическую форму с бугристой поверхностью

75. Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются

- а) визуальные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки
- б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки**
- в) обилие слизи
- в) множественные петехии
- д) папулезность слизистой оболочки

76. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при

- а) полипоидном раке желудка
- б) грибовидном раке
- в) язвенной форме рака
- г) инфильтративном раке**
- д) раннем раке

	<p>77. Язвы желудка и 12-перстной кишки характеризуются</p> <p>а) сильными болями без четкого суточного ритма в правой половине эпигастральной и 12-перстной кишки области</p> <p>б) отсутствием характерного ритма болей, полиморфизмом клинических проявлений</p> <p>в) несильными болями в подложечной области через 10-30 минут после еды</p> <p>г) различной интенсивности поздними (через 1-3 часа после еды), ночными болями в правой половине эпигастрия и выше пупка с иррадиацией в правую половину грудной клетки</p> <p>78. При аутоиммунном хроническом гастрите преимущество поражается</p> <p>а) кардиальный отдел</p> <p>б) тело желудка</p> <p>в) антральный отдел</p> <p>г) препилорический отдел</p> <p>д) весь желудок</p> <p>79. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является</p> <p>а) недоброкачественное питание</p> <p>б) алкоголь</p> <p>в) авитаминозы</p> <p>г) инфицирование слизистой оболочки Нр</p> <p>д) рефлюкс дуоденального содержимого</p> <p>80. К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся</p> <p>а) атрофия</p> <p>б) метаплазия</p> <p>в) прогрессирующая дисплазия</p> <p>г) гликогенный акантоз</p> <p>д) ороговение слизистой оболочки</p>
<p>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Трахеобронхоскопия»</p>	<p>Для подтверждения антрального гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори (Нр), биопсию лучше брать</p> <p>а) из проксимальной части антрального отдела</p> <p>б) из средней части антрального отдела</p> <p>в) в 2 см от привратника</p> <p>г) из зоны привратника</p>

- д) из любой части антрального отдела
82. Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются
- а) в луковице
 - б) в нисходящей части**
 - в) в нижней части
 - г) в луковице и нисходящей части
 - д) в любом отделе
83. Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются
- а) в ее проксимальной части на передней стенке**
 - б) в ее средней части на любой стенке
 - в) в ее дистальной части на задней стенке
 - г) в ее дистальной части на передней стенке
 - д) в любом отделе луковицы
84. Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии
- а) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением**
 - б) сопровождается выраженным дуоденитом
 - в) сопровождается только перифокальным воспалением
 - г) сопровождается зиянием привратника
 - д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК
85. "Удвоенный привратник" может быть обусловлен
- а) пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК**
 - б) пилоропластикой
 - в) послеоперационным свищом
 - г) опухолью привратника
86. Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком
- а) умеренно выраженного воспаления**
 - б) раздражения
 - в) гемодинамических изменений в пищеварительную фазу
 - г) острого гастрита
 - д) гиперпродукции соляной кислоты
87. Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом "манной крупы") являются проявлением
- а) лимфангиэктазий**
 - б) лимфофолликулярной гиперплазии
 - в) лимфоидной инфильтрации
 - г) лимфоплазмочитарной инфильтрации
 - д) эозинофильной инфильтрации
88. Симптом "манной крупы" характерен для
- а) язвенной болезни
 - б) заболеваний панкреато-билиарной системы**
 - в) целиакии
 - г) лимфомы
 - д) рака

	<p>89. Основной причиной возникновения папиллита служит</p> <p>а) дискинезия ДПК б) дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка в) инфицированное содержимое полости ДПК г) травматизация слизистой оболочки устья БДС мигрирующими конкрементами д) холангит</p> <p>90. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется</p> <p>а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом в) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудке г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом</p> <p>91. Увеличение, деформация и уплотнение большого дуоденального сосочка позволяют предположить наличие</p> <p>а) выраженного папиллита б) деформирующего папиллита в) аденомы БДС г) папилломатоза БДС д) рака БДС</p>
--	---

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б1.В.ОД.2.2. Раздел 2 «Общие эндоскопии» вопросы</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 1.</p> <p>У больного с портальным циррозом печени развилась клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода 3 стадии. Над одним из узлов, в нижней трети пищевода, фиксированный тромб. Подтекание крови из-под тромба нет.</p> <p style="text-align: center;">Определите оптимальный метод эндоскопического лечения. Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зонд Блекмора или Дарниша. 2. Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в плановом порядке. <p style="text-align: center;">Задача № 2</p> <p>У больной 62 лет с жалобами на отрыжку воздухом. При ЭГДС выявлено: зубчатая линия на 37 см от резцов, имеются кольцо Шацкого и "второй вход" в желудок, слизистая пищевода гладкая, белесоватая, сосудистый рисунок не просматривается, кардия зияет, во время рвотных движений слизистая желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественным мелкоточечными</p>
---	---

	<p>кровоизлияниями.</p> <p>Сформулируйте ваш диагноз. Ответ: Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 3</p> <p>У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, «пестрая», легко ранима.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз. Ответ: Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени</p> <p style="text-align: center;">Задача № 4</p> <p>У больной 39 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающей массивную лекарственную терапию, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая с множественными эрозиями неправильной формы. Кардия зияет, перистальтика ослаблена.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации. Ответ: Дисметаболическая эзофагопатия.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 5</p> <p>У больного 25 лет, страдающего хроническим панкреатитом, жалобы на боли за грудиной. При ЭГДС обнаружено: слизистая оболочка пищевода в н/3 белесоватая, утолщенная, по вершинам складок плотно фиксированные линейные белесоватые наложения с венчиком гиперемии вокруг, кардия зияет.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз с использованием классификации. Ответ: Рефлюкс-эзофагит 1 степени.</p> <p style="text-align: center;">Задача № 6</p> <p>У больного после тяжелой физической нагрузки появилась клиника желудочно-кишечного кровотечения. При ЭГДС установлено: в области кардиоэзофагального перехода имеется линейный надрыв слизистой оболочки до 2 см длиной с активным подтеканием алой крови.</p> <p>1. Сформулируйте ваш диагноз. 2. Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.2 Раздел 2 «Эндоскопия органов брюшной полости»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 7</p> <p>У больного 28 лет, в антральном отделе желудка, по передней стенке</p>

выявлено полиповидное образование неправильной формы, до 0,8 см в диаметре и 0,5 см высотой, на широком основании. Слизистая над ним не изменена. При взятии биопсии полип очень плотной консистенции, фрагментации нет, кровоточивость умеренная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите метод лечения.

Ответ:

1. Полип желудка. Малигнизация.
2. Оперативное хирургическое лечение: (резекция желудка).

Задача № 8

У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт, во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре до 6 см с изъязвленной вершиной и наличием участков кровоизлияний. Опухоль синюшного цвета, имеет короткую ножку до 1 см в диаметре. Опухоль локализуется на задней стенке антрального отдела желудка.

1. Сформулируйте ваш диагноз.
2. Определите метод лечения.

Ответ:

1. Аденома антрального отдела желудка.
2. Эндоскопическое удаление полипа (петлевая резекция полипа).

Задача № 9

У больной 18 лет, в антральном отделе желудка, по большой кривизне - множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.

Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: лимфоидная гиперплазия

Задача № 10

У больного 64 лет, появилась чувство тяжести в эпигастральной области, тошнота, рвота, похудание. При осмотре: больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации живота определяется опухолевидное образование больших размеров в эпигастральной области. Во время рентгенологического исследования диагностирован рак желудка. Во время ЭГДС выявлено, что весь желудок занимает опухоль шаровидной формы с изъязвлением на отдельных участках. Слизистая сращена с опухолью в области вершины. Опухоль имеет диаметр около 15 см, длинную ножку диаметром около 2,5 см.

Основание ножки определяется в луковице 12-перстной кишки. Опухоль подвижная плотная. Слизистая оболочка на отдельных участках опухоли смешается.

Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль желудка.

Задача № 11

У больной 38 лет с жалобами на желудочный дискомфорт при ЭГДС выявлено: в препилорическом отделе на малой кривизне полиповидное образование в виде утолщенной складки с уплощенной ярко-красного цвета вершиной, размерами 1,5 см на 0,6 см и высотой до 0,4 см.

1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль антрального отдела желудка.

Задача № 12

У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтоватого цвета в диаметре 3 см, мягкой консистенции, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Опухоль располагается в препилорической зоне, легко перемещается инструментами в подслизистом слое. Результат щипковой биопсии - слизистая оболочка желудка.

1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ: Доброкачественная подслизистая опухоль желудка (лейомиома).

Задача № 13

У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена полипэктомия. При гистологическом исследовании - аденокарцинома без инвазии в ножку полипа.

1. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

Задача № 14

У больного через неделю после выписки из стационара, где он находился по поводу язвенного кровотечения, повторилось массивное желудочно-кишечное кровотечение. Доставлен в больницу с острой массивной кровопотерей.

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.

Ответ: оперативное лечение.

Задача № 15

У больного, поступившего с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения, во время ЭГДС установлено: в полости желудка сгусток, занимающий весь просвет желудка, жидкая кровь отсутствует.

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.
Ответ: повторная ЭГДС через 6-8 часов

Задача № 16

У больного с гемофилией возникло кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При ЭГДС выявлено: в антральном отделе желудка на большой кривизне имеется полип до 1,5 см в диаметре на широком основании. Из верхушки полипа отмечается подтекание крови.

Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.
Ответ: электроэксцизия полипа антрального отдела желудка.

Задача № 17

У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке умеренное количество крови и сгустков, на малой кривизне в средней трети тела желудка округлая язва до 2 см в диаметре с плотными краями, дно язвы выполнено сгустком, из под которого отмечается незначительное подтекание алой крови.

1. Сформулируйте диагноз с применением классификации Forrest.
2. Определите наиболее оптимальный метод эндоскопического гемостаза.

Ответ:

1. Язва желудка Forrest 2a.
2. Монополярная электрокоагуляция.

Задача № 18

У больной 35 лет при ЭГДС диагностирована доброкачественная подслизистая опухоль диаметром около 3 см, неправильной формы, желтоватого цвета. Опухоль легко перемещается в подслизистом слое при эндопальпации, локализована в препилорической зоне, по передней стенке. Во время перистальтических сокращений опухоль смещается и частично закрывает привратник.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите наиболее рациональный метод эндоскопического лечения.

Задача № 19

У больного 30 лет при ЭГДС выявлен полипоз желудка. Полипы занимают все отделы и стенки желудка. Они имеют остроконечную форму, широкое основание, рыхлую консистенцию. С вершины некоторых полипов стекает кровь. У больного отмечается бледность кожных покровов, снижение гемоглобина.

1. Определите рациональным методом лечения.

Задача № 20

У больной 35 лет произведена электроэксцизия полипа на длинной ножке с диаметром головки до 1,5см. Окончательный морфологический диагноз: ворсинчатая опухоль с "фокал - карциномой" в верхушке, по линии среза раковых клеток не выявлено.

1. Укажите тактику лечения и ведения больных, после полипэктомии.

Задача № 21

У больной с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлено: в желудке большое количество темной крови и сгустков, слизистая оболочка желудка и луковицы 12-перстной кишки диффузно кровоточит - "плачущая слизистая".

Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.
Ответ: консервативная терапия

Задача № 22

У больного с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения при ЭГДС выявлен инфильтративно-язвенный рак желудка с обильным кровотечением из одного участка распада.

1. Определите оптимальный метод эндоскопического лечения.

Задача № 23

У больного 67 лет при ЭГДС выявлены мелкие полипы высотой до 6 мм, занимающие все отделы желудка.

1. Сформулируйте ваш диагноз.
2. Определите наиболее рациональную тактику ведения больного.

Задача № 24

У больной 30 лет, спустя 3 месяца после родов, появились резкие боли в верхней половине живота. При экстренной лапароскопии и антеградной холецистохолангиографии диагностирована желчно - каменная болезнь, камень устья БДС, геморрагический

	<p>панкреонекроз.</p> <p>1. Определите тактику ведения пациента.</p>
<p>Б1.В.ОД.2.3 Раздел 3 «Трахеобронхоскопия»</p>	<p style="text-align: center;">Задача № 25</p> <p>Мужчина в возрасте 61 года направлен на операцию лобэктомии по поводу опухоли верхней доли левого лёгкого. В его анамнезе есть указание на длительное курение, кашель с мокротой и сниженную переносимость физических нагрузок. При физикальном обследовании выявлены гепатодуоденальный рефлюкс и периферические отёки. Вводный наркоз прошёл гладко, для обеспечения дальнейшей анестезии и вентиляции была введена двухпросветная трубка. Однако после её закрепления независимую вентиляцию провести не удалось.</p> <p>- Каковы причины невозможности проведения однолёгочной вентиляции у данного пациента? -Что служит показанием к применению двухсветной интубационной трубки?</p> <p style="text-align: center;">Задача № 26</p> <p>Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лёгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомию. Бронхоскопия жёстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи перестало определяться артериальное давление.</p> <p>- Что за состояние развилось у данного больного? -Ваши действия в этой ситуации?</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

19.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90%</p>	<p style="text-align: center;">% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</p> <p style="text-align: center;">61 – 75 76– 90 91 – 100</p>

Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	
--	--

20. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

21. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Эндоскопия»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам	Пр – оценка освоения практических навыков (умений) если применимо к РП!!!
--	-------------------------	---	---------------------------------	--	---

		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-70	1-4	-	1-43	
ПК	1	47-53, 54-56, 58, 66-69	1-4	-	6, 12, 16, 18, 26-28	
	2		1-4	-	11	
	5	1-15, 16-46, 57-59, 60-65	1-4	-	1-5, 7-10, 13-15, 17-19, 23, 28-31, 34-41	
	6		1-4	-	25, 43	
	9	70	1-4	-	24, 33, 43	
	12		1-4	-	32	

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования.

Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Основы социальной гигиены, организация хирургической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Окклюзия брюшной аорты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. 2. Дифференциальная диагностика аневризм аорты с заболеваниями органов брюшной полости. 3. Методы временной и окончательной остановки артериальных и венозных кровотечений. 4. Хирургическая тактика при травматических повреждениях артерий.
Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2 «Физиологические и клинические основы сердечно-сосудистой хирургии»	<ol style="list-style-type: none"> 5. Современные методы диагностики в сердечно-сосудистой хирургии. 6. Основные хирургические доступы к магистральным артериям и венам 7. Классификация острой артериальной ишемии по степени. Тромбоэмболия бифуркации аорты и артерий нижних конечностей. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. 8. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром Лериша. Классификация хронической артериальной ишемии. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Специальные инструментальные методы диагностики хирургических заболеваний сердца и сосудов»	<ol style="list-style-type: none"> 9. Облитерирующий тромбангиит артерий нижних конечностей. Клиника, диагностика, хирургическое лечение 10. Острые и хронические окклюзионные поражения сонных артерий. Клиника, диагностика, хирургическое лечение

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Хирургия аорты и артерий. Хирургия венозной системы»</p>	<p>11. Хроническая ишемия головного мозга и верхних конечностей (синдром Такаюсу).. Клиника. Осложнения. Диагностика. Хирургическое лечение. 12. Синдром диабетической стопы. Классификация. Особенности артериальных поражений. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. 13. Хронические облитерирующие заболевания (неспецифический аortoартериит, системные васкулиты). Клиника, диагностика, хирургическое лечение</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.5 Раздел 5 «Неотложная хирургия острых заболеваний и травм сердца и сосудов»</p>	<p>14. Аневризмы восходящей аорты и ее дуги, грудной аорты. Расслаивающие аневризмы грудной аорты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. 15. Аневризмы брюшной аорты. Расслаивающие аневризмы брюшной аорты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение 16. Коарктация аорты. Врожденные аномалии дуги аорты (псевдокоарктация, кинкинг, двойная). Клиника, диагностика, хирургическое лечение 17. Окклюзия брюшной аорты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Основы социальной гигиены, организация хирургической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ»</p>	<p>1 Синдром перемежающейся хромоты – это:</p> <p>а) мигрирующие боли в икроножных мышцах б) периодическое появление хромоты при обострении ишемии в) нарастающие боли в мышцах голени при нагрузке г) контрактуры в суставах нижних конечностей вследствие ишемии д) ни один ответ не верен <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>2. Какой признак достоверно свидетельствует о нарушении артериального кровоснабжения конечности?</p> <p>а) сухость кожи конечности, дискератоз б) бледная или синюшная окраска кожи конечности в) боль при пальпации конечности г) похолодание конечности д) появление или усиление боли при движении конечностью <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i> 1) .</p> <p>3. Пульсацию каких сосудов проверяют при диагностике облитерирующих заболеваний сосудов нижних</p>
---	---

	<p>конечностей?</p> <p>а) тыльной артерии стопы б) задней большеберцовой артерии в) передней большеберцовой артерии г) бедренной артерии д) наружной подвздошной артерии <i>Варианты ответа: 1 ав, 2 бв, 3 гд, 4 ад, 5 абг.</i></p> <p>4. Аускультация сосудов информативна:</p> <p>а) при болезни Рейно б) при артериальном стенозе в) при варикозном расширении вен г) при посттромбофлебитическом синдроме д) при акроцианозе <i>Варианты ответа: 1 а, 2 ав, 3 г, 4 б, 5 д.</i></p> <p>5. Флебодиагностика глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить:</p> <p>а) состояние периферических артерий нижних конечностей б) проходимость глубоких вен в) состояние клапанного аппарата глубоких вен г) локализацию несостоятельных коммуникантных вен д) скорость кровотока по глубоким венам <i>Варианты ответа: 1 а, 2 бгд, 3 вд, 4 бвг, 5 д.</i></p> <p>6. Для консервативной терапии острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме:</p> <p>а) постельного режима б) назначения бутадиона в) применения компрессов с мазью Вишневского г) ходьбы д) возвышенного положения конечности <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>7. Назовите причины, ведущие к нарушению кровообращения и некрозу органа:</p> <p>а) декомпенсация сердечной деятельности б) декомпенсация дыхания в) длительный спазм сосудов или их облитерация г) тромбоз сосуда в результате нарушения химизма крови д) сдавление сосуда <i>Варианты ответа: 1 абв, 2 абвг, 3 бвг, 4 бвд, 5 авгд.</i></p>
<p>Б 1.В.ДВ1.2.2 Раздел 2 «Физиологические и клинические основы сердечно-сосудистой хирургии»</p>	<p>8. Стеноз сосуда – это:</p> <p>а) сужение просвета сосуда независимо от этиологического фактора б) облитерация сосудистого просвета в) сужение просвета сосуда в результате поражения</p>

сосудистой стенки

г) сужение просвета сосуда в результате воздействия на сосуд извне (компрессия, перевязка)

д) ни один ответ не верен

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

9. Диффузное поражение (окклюзия и стеноз) дистальных артерий конечностей наиболее характерно:

а) для невровакулярного синдрома

б) для облитерирующего атеросклероза

в) для неспецифического аорто-артериита

г) для облитерирующего эндартериита

д) ни для одного из перечисленных заболеваний

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

10. Самый ранний симптом острой ишемии конечности:

а) резко возникшая непроходящая тупая боль в дистальных отделах конечности

б) нарушение чувствительности в дистальных отделах конечности

в) похолодание кожи в дистальных отделах конечности

г) синюшность кожи в дистальных отделах конечности

д) контрактура конечности

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

11. Выделите из перечисленных облитерирующих заболеваний сосудов наиболее часто встречающееся:

а) неспецифический аортоатерит

б) облитерирующий эндартериит

в) облитерирующий атеросклероз

г) тромбоз артерий

д) болезнь Рейно

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

12. Клинические симптомы при острой прогрессирующей ишемии конечностей:

а) парестезии

б) боли

в) субфасциальный отек мышц

г) отсутствие активных движений и чувствительности

д) все ответы верны

Варианты ответа: 1 а б, 2 в, 3 б г, 4 д, 5 б.

13. Какой признак абсолютно свидетельствует о необратимости ишемических изменений конечности?

а) изменение окраски кожи ишемизированной конечности

б) контрактура мышц ишемизированного сегмента конечности

в) потеря тактильной чувствительности.

г) похолодание конечности

д) потеря болевой чувствительности

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.3 Раздел 3 «Специальные инструментальные методы диагностики хирургических заболеваний сердца и сосудов»</p>	<p>14. Симптомы, характерные для острой ишемии конечности: а) боли в конечности, отек, цианоз б) боли в конечности, бледность кожи, ограничение активных движений в) кожный зуд, гиперемия голени, повышение температуры г) боли в конечности, парестезии, анкилозы д) перемежающаяся хромота, бледность кожи, снижение температуры кожи <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>15. Какой из названных симптомов не характерен для острого тромбоза вен нижних конечностей? а) местное повышение температуры. б) увеличение объема конечности. в) уменьшение объема конечности г) общее повышение температуры д) чувство тяжести в конечности. <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>16. Достоверным симптомом острого тромбоза вен является: а) боли в конечности при ходьбе. б) инфильтрация тканей и покраснение кожи по ходу подкожных вен. в) отечность поражений конечности. г) синюшность кожи пораженной конечности. д) повышение температуры тела. <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.4 Раздел 4 «Хирургия аорты и артерий. Хирургия венозной системы»</p>	<p>17. Для острого тромбоза вен нижних конечностей характерны: а) резкий отек нижней конечности б) некроз пальцев стоп в) похолодание стопы г) симптом перемежающейся хромоты д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>18. Наиболее частыми симптомами острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме: а) наличия трофических язв б) распирающих болей в пораженной конечности в) повышения температуры тела г) гиперемии кожи и отека по ходу вен</p>

д) резкой болезненности конечности при пальпации

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

19. При тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как правило, развивается:

- а) отек мягких тканей
- б) лимфангит
- в) ползучая флегмона
- г) анаэробная гангрена
- д) остеомиелит

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

20. Какой из нижеперечисленных симптомов соответствует хронической ишемии нижних конечностей I степени?

- а) нарушение чувствительности дистальных отделов конечности
- б) постоянные боли в нижних конечностях
- в) боль в нижних конечностях при ходьбе в среднем темпе (100–120 шагов в мин) на расстояние более 1 км
- г) боль в нижних конечностях при ходьбе в среднем темпе на расстояние более 200 м.
- д) наличие язвенно-некротических изменений тканей

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

21. Признаками хронической артериальной недостаточности конечности являются:

- а) перемежающаяся хромота
- б) отсутствие пульсации артерий
- в) наличие систолического шума над бедренной артерией
- г) гипотермия дистальных сегментов конечности
- д) все перечисленные признаки

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5 «Неотложная хирургия острых заболеваний и травм сердца и сосудов»

22. К каким из перечисленных осложнений приводит илеофemorальный флеботромбоз?

- а) острый инфаркт миокарда
- б) инфаркт-пневмония
- в) ишемический инсульт
- г) тромбэмболия брыжеечных сосудов
- д) тромбоэмболия легочной артерии

Варианты ответа: 1 а, 2 бд, 3 бвг, 4 г, 5 в.

23. Какие из перечисленных факторов предрасполагают к тромбозам и эмболиям?

- а) замедление тока крови в венах
- б) нарушения целостности внутренней выстилки вен
- в) варикозное расширение вен
- г) повышение фибринолитической активности крови
- д) мерцательная аритмия

Варианты ответа: 1 аг, 2 бг, 3 абвд, 4 авг, 5 гд.

24. Возможный путь миграции тромба при тромбозе

глубоких вен нижней конечности:

- а) верхняя брыжеечная вена
- б) верхняя брыжеечная артерия
- в) правое предсердие
- г) легочная артерия
- д) непарная вена

Варианты ответа: 1 абд, 2 аб, 3 вг, 4 бд, 5 д..

25. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- а) сосудов мозга
- б) системы коронарных артерий и вен
- в) легочной артерии
- г) легочных вен
- д) артерий почек и печени

Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.

26. Наиболее распространенная причина острой лимфэдемы:

- а) тромбоэмболия легочной артерии
- б) тромбофлебит
- в) радикальная мастэктомия
- г) иссечение подмышечного или пахового лимфатического узла
- д) ни одна из вышеперечисленных причин

Варианты ответа: 1 а, 2 бгд, 3 вд, 4 бвг, 5 д.

27. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается:

- а) после радикальной мастэктомии
- б) в результате метастазирования опухоли в подмышечные лимфатические узлы
- в) в результате подмышечного лимфаденита
- г) все перечисленное неверно
- д) все перечисленное верно

Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 бв, 4 г, 5 д.

1) .

28. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается:

- а) пигментация кожи
- б) атрофия эпидермиса
- в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании
- г) фиброз кожного и подкожного слоя
- д) все перечисленное

Варианты ответа: 1 аб, 2 бг, 3 в, 4 бв, 5 д.


29. Что из нижеперечисленного не характерно для хронической лимфэдемы?

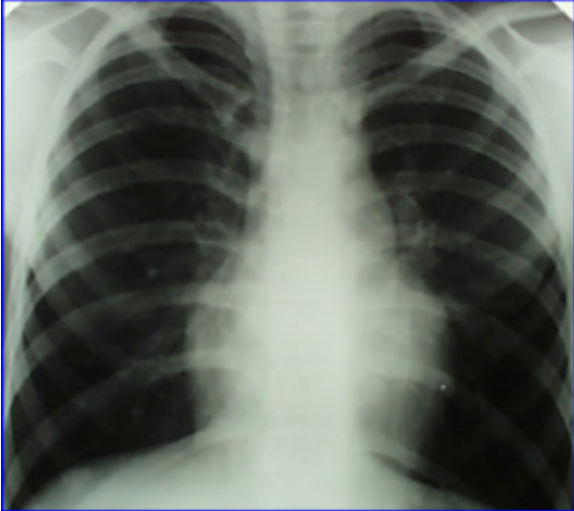

- а) при надавливании пальцем ямка не образуется
- б) плотный «мясистый» отек ткани
- в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
- г) пигментные и трофические изменения кожи

	<p>д) фиброз подкожной клетчатки <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>30. Лечебная тактика при эмболии бедренной артерии: а) экстренная операция б) плановая операция в) срочная операция г) лекарственная терапия д) физиотерапевтическое лечение <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p> <p>31. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью: а) растворения фибрина б) приостановления роста тромба в) увеличения количества сгустков г) изменения внутренней оболочки сосудов д) снижения активности ДНК <i>Варианты ответа: 1 а, 2 ав, 3 б, 4 гд, 5 бг.</i></p> <p>32. Лечебные мероприятия при флеботромбозе включают в себя: а) назначение антибиотиков б) назначение спазмолитиков в) назначение антикоагулянтов г) активные движения д) парентеральное введение больших объемов жидкостей <i>Варианты ответа: 1 абг, 2 бв, 3 авд, 4 аг, 5 д.</i></p>
--	--

Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.В.ДВ.1.2.1 Раздел 1 «Основы социальной гигиены, организация хирургической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в РФ»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 1</p> <p>Девочка 7 лет. Рост 130, вес 40 кг. Жалобы на слабость, Утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке. Объективно: гипотрофия, бледность кожных покровов. Во 2 -3 межреберье по левому краю грудины отмечается систоло-диастолический шум. У основания грудины отмечается систолическое дрожание, систолический шум. На шее шум не проводится. Ан крови : Гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4*10¹²/л. Печень на 2 см. ниже края реберной дуги. Больной выполнена катетеризация полостей сердца, получены следующие данные. РаО₂ в легочной артерии =88% РаО₂ в правом желудочке =80% РаО₂ в правом предсердии =79% РаО₂ в аорте =94% Градиент давления на клапане легочной артерии составляет 60 мм. рт. ст. На аортограмме определяется сброс контрастного вещества в легочную артерию по сосуду, имеющему ампулярное расширение у аортального конца с диаметром 13 мм и дистальную часть диаметром около 2 мм и длиной 6 мм. Ваше заключение и тактика лечения: А) Клапанный стеноз легочной артерии, открытый артериальный проток. Показана окклюзия открытого артериального протока с катетерной баллоной вальвулопластикой клапанного стеноза легочной артерии. В) Дефект межжелудочковой перегородки и открытый артериальный проток. С) Дефект межпредсердной перегородки. Д) Клапанный стеноз аорты и открытый артериальный проток.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2.2 Раздел 2 «Физиологические и</p>	<p style="text-align: center;">Задача 2</p>

<p>клинические основы сердечно-сосудистой хирургии»</p>	<p>Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией. Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп. ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ. Вопросы: 1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты? 2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 3. Тактика лечения пациента</p>
<p>Б <i>1.В.ДВ.1.2.3</i> Раздел 3 «Специальные инструментальные методы диагностики хирургических заболеваний сердца и сосудов»</p>	<p style="text-align: center;">Задача 3.</p> <p>Больной 48 лет предъявляет жалобы на боли в загрудинной области, возникающие при физической и эмоциональной нагрузке различной тяжести, а также в покое, иррадиирующие в левую руку, плечо и лопатку, купирующиеся приемом нескольких таблеток нитроглицерина. По поводу этих жалоб обратился к терапевту по месту жительства.</p> <p>Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 5-6 лет, когда впервые появились жалобы на боли в указанной области при физической нагрузке. Заболевание прогрессировало. В течение последнего года отмечает появление болей в покое.</p> <p>На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 76 в 1 минуту. Пациент направлен в кардиологическое отделение. При коронарорентрикулографии, выполненной по назначению кардиолога, обнаружена патология (см. рис. 1).</p> <div style="text-align: right;">Рис. 1.</div>  <p style="text-align: center;">Коронарорентрикулограмма больного 48 лет Установите клинический диагноз и определите объем необходимого хирургического лечения.</p> <p>Ответ: ИБС, нестабильная стенокардия. Субтотальный стеноз передней нисходящей артерии.</p> <p>Ответ: хирургическое лечение (аорто-коронарное шунтирование или стентирование пораженной коронарной артерии).</p> <p style="text-align: center;">1.</p>
<p>Б <i>1.В.ДВ.1.2.4</i> Раздел 4 «Хирургия аорты и артерий.</p>	<p style="text-align: center;">Задача 4.</p> <p>Больной 56 лет, в течение 22 лет болен ревматизмом с периодическими</p>

<p>Хирургия венозной системы»</p>	<p>обострениями воспалений крупных суставов. Лечился длительно в различных стационарах, включая гормональную терапию. В течение последних 3 лет отметил появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. В течение последних 3 месяцев одышку отмечает при подъеме на 1 этаж.</p> <p>Какое инструментальное обследование необходимо пациенту?</p> <p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ЭКГ 2. Эхокардиограмма 3. Рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях <p>Пациенту установлен диагноз: Ревматизм, неактивная фаза. Комбинированный аортальный порок с преобладанием стеноза. IV стадии нарушения кровообращения. Кальциноз аортального клапана III степени.</p> <p>Какое лечение необходимо пациенту?</p> <p>Ответ: Протезирование аортального клапана клапаном Карбоникс.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.5 Раздел 5 «Неотложная хирургия острых заболеваний и травм сердца и сосудов»</p>	<p align="center">Задача 5.</p> <p>Пациент 12 лет обратился к участковому педиатру с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке. При аускультации над левым краем грудины врач выслушал систолический шум. По данным ЭКГ у пациента отмечена выраженная гипертрофия правого предсердия. По данным рентгенографии органов грудной клетки отмечена патология (см. рис. 32). Поставьте клинический диагноз. Какое хирургическое лечение необходимо выполнить пациенту?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="579 920 1155 1429">  </div> <div data-bbox="1177 920 1497 1532">  </div> </div> <p>Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки По данным ЭХОКГ уточнена патология (см. рис. 2).</p> <p>Рис. 2 Эхокардиограмма</p> <p>Поставьте клинический диагноз и определите объем необходимого хирургического лечения.</p> <p>Ответ: Дефект межпредсердной перегородки. Показано хирургическое лечение: пластика дефекта межпредсердной перегородки (открытая операция) или закрытие дефекта с использованием эндоваскулярных технологий с помощью Ампласера.</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

22. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90%</p>	<p align="center">% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</p> <p align="center">61 – 75 76– 90</p>

Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	91 – 100
--------------------------------------	----------

23. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

24. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
К	1-43	1-4	1-55
К	39-43, 35-36, 28-30, 24-27, 10-12, 4-8	1-4	55, 50, 49-47, 31-35, 11-15, 5-10
	44-46, 22, 2, 13	1-4	51-54, 45, 1-4
	32-34, 14-21, 9	1-4	44, 41-43, 36-40, 26-30, 16-25
	26	-	-
	47, 37, 31	1-4	-
2	38, 37, 23, 1, 3	1-4	-