

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России в г. Владимире

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра: **ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМ. Б.А. КОРОЛЁВА**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

**Владимир
2023**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Современная диагностика в сердечно-сосудистой хирургии» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Современная диагностика в сердечно-сосудистой хирургии». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Современные методы диагностики в практике хирурга» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала.	Перечень вопросов
2	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7.	Текущий	Раздел 1. Построение диагностического плана. Анамнез и физикальное обследование Раздел 2. Лучевые методы диагностики в хирургии Раздел 3. Ультразвуковая диагностика в хирургии Раздел 4. Инвазивная диагностика в хирургии	Перечень вопросов
УК-1, , ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7.	Промежуточный	Раздел 1. Построение диагностического плана. Анамнез и физикальное обследование Раздел 2. Лучевые методы диагностики в хирургии Раздел 3. Ультразвуковая диагностика в хирургии Раздел 4. Инвазивная диагностика в хирургии	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: перечень вопросов.

4.1. Вопросы для оценки компетенций: УК-1, ОПК-1, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

1. В чем заключается этиопатогенез осложнений язвенной болезни?
2. Опишите клиническую картину прободения в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство; при прикрытой перфорации.
3. Назовите инструментальные методы диагностики, прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Какова тактика хирурга при типичной и прикрытой перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
5. Перечислите заболевания, сопровождающиеся клиникой гастродуоденального кровотечения.
6. Приведите классификацию острого и хронического панкреатита.
7. Назовите основные периоды течения панкреонекроза.
8. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики острого панкреатита.
9. Основные причины желчекаменной болезни.
10. Механизм возникновения воспалительных явлений в стенке желчного пузыря при остром калькулезном и бескаменном холецистите.
11. Какие симптомы характерны для острого холецистита?
12. Основные инструментальные методы исследования желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов.
13. Показания к экстренной, срочной и плановой операции у больных острым холециститом.
14. Дайте характеристику современным малоинвазивным методам лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков?
15. Какая симптоматика характерна для механической желтухи неопухолевого генеза?
16. Определение понятия "Хирургическая инфекция". Классификация хирургической инфекции.
17. Местная хирургическая инфекция. Аэробная гнойная инфекция.
18. Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона.
19. Лечение при местной гнойной инфекции.
20. Анаэробная инфекция. Газовые абсцесс, флегмона, гангрена. Злокачественный отек.
21. Гнилостная инфекция.
22. Специфическая хирургическая инфекция и инвазия.
23. Хирургический сепсис. Клиника, лечение.
24. Хирургическая инфекция: рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангоит. Лечение.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по дисциплине «Хирургия»:

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявления аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)</p> <p>А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	<p>УК-1, , ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7.</p>
<p>2. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость</p> <p>А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>3. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:</p> <p>А. Ограничению патологического процесса в брюшной полости Б. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство В. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки Г. Улучшению кровоснабжения железы Д. Уменьшению активности протеолитических ферментов</p>	
<p>4. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:</p> <p>А. Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы Б. Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе В. Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови Г. Купируют процессы кининообразования Д. Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы</p>	
<p>5. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение обмена циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сократительной функции миокарда</p> <p>А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 2,3,4,5</p>	

Д. Верно 1,3,4,5	
<p>6. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы</p> <p>А. Верно 1,2,4,5 Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>7. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:</p> <p>А. В артериальной крови Б. В венозной крови В. В экссудате брюшной полости Г. В лимфе Д. В моче</p>	
<p>8. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:</p> <p>А. Беременность Б. Хронический холецистит В. Алкоголизм Г. Травма живота Д. Применение кортикостероидов</p>	
<p>9. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:</p> <p>А. 16 единиц Б. 32 единицы В. 64 единицы Г. 128 единиц Д. 256 единиц</p>	
<p>10. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника</p> <p>А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 Д. Верно 2,3,4,5</p>	
<p>11. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:</p>	

<p>А. Купирование болевого синдрома Б. Снятие спазмы сфинктера Одди В. Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы Г. Уменьшение секреторной активной и отека поджелудочной железы Д. Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию</p>	
<p>12. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является: А. Травма живота Б. Применение кортикостероидов В. Алкоголизм Г. Хронический холецистит Д. Цирроз печени</p>	
<p>13. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличием высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>14. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается: А. Эвентрация Б. Образование кишечных свищей В. Тромбоз легочной артерии Г. Формирования гнояников брюшной полости Д. Пневмония</p>	
<p>15. Ведущим в лечении больных перитонитом является: А. Хирургическое вмешательство Б. Дезинтоксикационная терапия В. Рациональная антибиотикотерапия Г. Борьба с парезом кишечника Д. Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания</p>	
<p>16. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5</p>	

Д. Верно 1,2,3,4	
<p>17. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия</p> <p>А. Верно 2,3,4,5 Б. Верно 1,2,3,4 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4,5</p>	
<p>18. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:</p> <p>А. Стафилококка Б. Протея В. Кишечной палочки Г. Смешанной флоры Д. Анаэробной флоры</p>	
<p>19. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1. Ограничению патологического процесса в брюшной полости 2. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4. Улучшению кровоснабжения железы 5. Уменьшению активности протеолитических ферментов</p> <p>А. Верно 1,2,3,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>20. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением:</p> <p>А. Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки Б. Уменьшения в размерах желчной пузыря В. Выбухания стенки желудка кпереди Г. Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости Д. Серозного выпота в подпеченочном пространстве</p>	
<p>21. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное</p>	

<p>исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем А. Верно 2,3,4,5 Б. Верно 1,2,4,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 ' Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>22. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4,5</p>	
<p>23. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецистогастроанастомоз А. Верно 1,2,3,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>24. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,5</p>	
<p>25. У больных холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. Пролежни стенки протока 5. Рак желчного пузыря А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	

<p>26. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:</p> <p>А. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку</p> <p>Б. Наложить холедоходуоденоанастомоз</p> <p>В. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока</p> <p>Г. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток</p> <p>Д. Наложить холедохоэнтероанастомоз</p>	
<p>27. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:</p> <p>А. Диетическое</p> <p>Б. Медикаментозное</p> <p>В. Хирургическое</p> <p>Г. Санаторно-курортное</p> <p>Д. Лечение минеральными водами</p>	
<p>28. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:</p> <p>А. Камнем пузырного протока</p> <p>Б. Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока</p> <p>В. Вклиненным камнем большого дуоденального соска</p> <p>Г. Вентильным камнем холедоха</p> <p>Д. Опухолью внепеченочных желчных протоков</p>	
<p>29. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатикодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия</p> <p>А. Верно 1,2,4,5</p> <p>Б. Верно 1,2,3,4,5</p> <p>В. Верно 2,3,4,5</p> <p>Г. Верно 1,2,3,5</p> <p>Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>30. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:</p> <p>А. Произвести холецистэктомию</p> <p>Б. Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике</p> <p>В. Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока</p> <p>Г. Наложить холецистостому</p> <p>Д. Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка</p>	
<p>31. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:</p>	

<p>А. Диетотерапия, применение спазмолитиков Б. Санаторно-курортное лечение В. Плановое хирургическое лечение Г. Лечение сахарного диабета и стенокардии Д. Хирургическое лечение только по витальным показаниям</p>	
<p>32. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудочной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока А. Верно 1,2,4,5 Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4</p>	
<p>33. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует: А. Пероральная холецистография Б. Внутривенная холецистохолангиография В. Ретроградная (восходящая) холангиография Г. Сцинтиграфия печени Д. Прямая спленопортография</p>	
<p>34. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано: А. С желчно-каменной болезнью Б. Со стенозирующим папиллитом В. С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз Г. С псевдотуморозным панкреатитом Д. С опухолью головки поджелудочной железы</p>	
<p>35. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и: А. Слепой кишкой Б. Малой кривизной желудка В. Двенадцатиперстной кишкой Г. Тощей кишкой Д. Ободочной кишкой</p>	

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Д
2.	д
3.	А
4.	А
5.	В
6.	Д
7.	В
8.	Б

9.	В
10.	В
11.	в
12.	В
13.	Д
14.	Г
15.	А
16.	Д
17.	А
18.	В
19.	Г
20.	Б
21.	Д
22.	Г
23.	Д
24.	Д
25.	Д
26.	Г
27.	В
28.	Г
29.	Д
30.	В
31.	В
32.	Г
33.	В
34.	В
35.	В

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – ссылка <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=4010>

Разработчик(и):

Мухин А.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва;

Отдельнов Л.А., к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва;

Немирова С.В., к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва.

Дата «31» января 2023 г.