Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) Б1.В.ДВ.01.04 «БАЗОВЫЙ КУРС БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ»

31.08.67 Хирургия
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач-хирург

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства по дисциплине (модулю) рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета Института (протокол № 2 от 18.05.2026 г.) и утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Спецификация фонда оценочных средств

1. Назначение фонда оценочных средств.

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.67 Хирургия составлен для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) «Базовый курс бариатрической хирургии».

2. Нормативное основание отбора содержания:

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1110.
- Профессиональный стандарт «Врач-хирург», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 743н (в действующей редакции).
- Общая характеристика основной образовательной программы.
- Учебный план основной образовательной программы.
- Устав и локальные акты Института.
- Рабочая программа дисциплины.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Шифр и содержание компетенции	**В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен**		
	Знать	**Уметь**	**Владеть**
ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- причины развития морбидного ожирения; - принципы интерпретации информации, полученной от пациентов с ожирением (или их законных представителей); - методы диагностики морбидного ожирения; - роль факторов среды обитания в развитии морбидного ожирения; - основы здорового питания и образа жизни для предотвращения развития морбидного ожирения	- обосновывать и планировать объем лабораторно-инструментального обследования у пациентов с ожирением; - проводить обследование пациентов с ожирением с целью установления диагноза; - интерпретировать и анализировать результаты лабораторно-инструментального обследования; - использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ; - планировать поведенческие и диетические мероприятия для предотвращения развития у пациентов ожирения	- навыком формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с ожирением в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыком интерпретации результатов осмотров, лабораторных и инструментальных обследований пациентов с ожирением; - навыком проведения дифференциальной диагностики с использованием алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений)
ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлени	- общие принципы проведения профилактических осмотров и организации наблюдения за больными с морбидным ожирением в дооперационном и	- планировать профилактические осмотры и этапы диспансерного наблюдения за пациентами с морбидным ожирением в послеоперационном периоде; -	- навыком назначения и разъяснения пациентам с ожирением принципов немедикаментозного лечения и диетической коррекции в период наблюдения; - навыком профилактики или лечения осложнений, побочных действий,

ю диспансерного наблюдения.	послеоперационном периоде	планировать профилактические осмотры и этапы диспансерного наблюдения за пациентами с морбидным ожирением, находящимися на медикаментозном и диетическом лечении	нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов с ожирением в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств
ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	- клиническую симптоматику морбидного ожирения и его осложнений у взрослых; - общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования пациентов с морбидным ожирением; - принципы формулирования диагноза на основании проведенного обследования, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ-10	- наблюдать и контролировать состояние здоровья пациентов с ожирением; - собирать анамнез и проводить полное объективное обследование пациента с ожирением по всем органам и системам с учетом пола, возраста и рода деятельности, оценить степень тяжести бариатрической патологии заболевания, а также необходимость хирургической помощи; - определять тактику ведения больного: самостоятельное обследование, наблюдение и лечение; направление на консультации; - направлять на госпитализацию, срочную или плановую; - назначать необходимые лабораторные и инструментальные исследования и давать	- навыком наблюдения за пациентами с ожирением; - навыком диагностики патологических состояний, связанных с морбидным ожирением; - навыком оценки качества жизни пациента с ожирением; - навыком анализа результатов лабораторных обследований с привлечение врачей специалистов; - методами сбора анамнеза, объективными методами обследования больных с морбидным ожирением; - методами интерпретации данных, полученных при проведении объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований, методами постановки клинического диагноза, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ-10

		оценку их результатов; - решать вопросы необходимости дополнительных специализированных исследований и консультаций специалистов; - формулировать и обосновывать клинический диагноз, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ-10	
ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	- лечебные возможности различных эндохирургических методов; - показания и противопоказания к различным видам бариатрических операций; - принципы подготовки больных к бариатрическим вмешательствам; - лапароскопическую анатомию пищеварительного тракта; - хирургические принципы и этапы регулируемого бандажирования желудка, рукавной резекции желудка, гастропликации, желудочного шунтирования с анастомозом по Roux, мини-желудочного шунтирования с одним анастомозом, билиопанкреатичес	- определить показания и противопоказания к выполнению той или иной бариатрической операции; - выполнять лапароскопический доступ; - производить лапароскопическую диссекцию тканей и гемостаз; - накладывать ручные лапароскопические швы	- методами предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с ожирением; - техникой закрытого и открытого наложения пневмоперитонеума и лапароскопического доступа; - техникой лапароскопической ревизии брюшной полости у пациентов с ожирением; - техникой лапароскопической диссекции, гемостаза, наложения ручных и аппаратных швов; - навыком определения анатомических ориентиров для различных видов бариатрических операций; - техникой извлечения препаратов из брюшной полости и завершения лапароскопических операций

	кого шунтирования, операции SADI		
ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- основы рационального питания, принципы диетотерапии у бариатрических больных в послеоперационном периоде; - принципы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения после бариатрических вмешательств	- разрабатывать и проводить реабилитационные мероприятия с использованием традиционных и нетрадиционных методов у больных, перенесших бариатрические операции	- методами проведения медицинской и санаторно-курортной реабилитации бариатрических пациентов

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными

формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырехбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило,

предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примеры тестовых заданий Выберите ОДИН правильный ответ:

1. Гастроэзофагеальный рефлюкс:

Чаще встречается после желудочного шунтирования по Ру

* Чаще возникает после продольной резекции желудка

Регулируемое бандажирование желудка блокирует проявления рефлюкса

Не имеет связи с видом бариатрической операции

2. Пациент после желудочного шунтирования по Ру, выполненного 1 год назад, экстренно госпитализирован в стационар с внезапно возникшей дисфагией, гиперсаливацией после плотного приема пищи. При объективном осмотре перитонеальные симптомы отрицательные, АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 90 уд/мин.

Какое состояние необходимо исключить в первую очередь?

* Попадание инородного тела (например, недостаточно прожеванной пищи)

Непроходимость энтероэнтероанастомоза

Несостоятельность линии аппаратного шва

Вклинение желудочного стебля в пищеводном отверстии диафрагмы

3. Пациент после продольной резекции желудка, выполненной 10 дней назад, экстренно госпитализирован в стационар ввиду дисфагии и болей в верхних отделах живота. При объективном осмотре живот пальпаторно болезненен в верхних отделах, перитонеальные симптомы не вызываются, АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин., гипертермия. Какое состояние необходимо исключить в первую очередь?

* Несостоятельность линии аппаратного шва

Непроходимость энтероэнтероанастомоза

Попадание инородного тела (например, недостаточно прожеванной пищи)

Рефлюкс-эзофагит

4. Пациент после перенесенного 2 года назад билиопанкреатического шунтирования с выключением двенадцатиперстной кишки экстренно госпитализирован в стационар ввиду рвоты и схваткообразных болей вмомент осмотра равен 26 кг/м$_2$. При объективном о животе в течение псмотре перитонеальные симптомы оследних 6 часов. ИМТ на отрицательные, отмечается вздутие живота. Какое состояние необходимо исключить в первую очередь?

Язва дуодено-илеоанастомоза

Стеноз дуодено-илеоанастомоза

* Кишечную непроходимость ввиду внутренней грыжи Погрешности в диете

5. Пациент с морбидным ожирением, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа перенес 10 дней назад билиопанкреатическое шунтирование в модификации Scopinaro. Госпитализирован в экстренном порядке ввиду выраженной тошноты. АД 90/50 мм рт.ст., ЧСС 105 уд/мин, анурия в течение 6 часов. При катетеризации мочевого пузыря получено 50 мл мочи. Пациента не беспокоят боли в животе, не лихорадит, питание per os переносит хорошо. Какое утверждение из представленных ниже НЕ ВЕРНО?

У пациента отсутствуют симптомы патологии со стороны органов желудочно-кишечного

* тракта, следует исключать почечную недостаточность или признаки дегидратации

Дифференциальный диагноз должен включать исключение проявлений абдоминального сепсиса. Учитывая исходную артериальную гипертензию, АД, равное 90/50 мм рт.ст., состояние должно рассматриваться, как высокий риск септического шока

Гипотензия, олигурия и тахикардия должны рассматриваться как проявления сепсиса Необходимо исключить несостоятельность кишечного шва

6. Лабораторные обследования пациента в раннем периоде после бариатрической операции, поступившего в экстренном порядке с болями в животе и дисфагией, могут демонстрировать:

Выраженный дефицит витаминов и микроэлементов

Повышение креатин-фосфокиназы, тропонина

Повышение уровня мочевой кислоты

* Повышение СРБ, альфа-амилазы, лейкоцитов

7 Какое утверждение относительно КТ органов брюшной полости у пациента после бариатрической операции, которого беспокоят боли в животе, ВЕРНО?

* Это исследование является методом выбора, особенно когда диагноз не ясен

Контраст должен быть дан per os за 3 часа до исследования

Количество контрастного вещества должно быть не менее 200 мл

Исследование невыполнимо ввиду габаритов пациента

8 Какие утверждения в отношении диагностики несостоятельности гастроеюноанастомоза у пациента после бариатрической операции ВЕРНЫ?

Рентгеноскопия имеет низкую чувствительность (менее 30%)

КТ выявляет до 50% несостоятельностей

* КТ с пероральным контрастированием позволяет выявить около 70% несостоятельностей Пациенту показана гастроскопия с осмотром анастомоза

9 Выберите ВЕРНОЕ утверждение, касающееся угла φ (Фи), при регулируемом бандажировании желудка:

* Отклонение угла φ от нормальных значений позволяет выявить наличие осложнений

Нормальное значение угла φ равно 60-80º

Значение угла φ, равное 30º, свидетельствует о наличии slippage (проскальзывания) бандажа

Угол φ – это угол между позвоночным столбом и короткой осью бандажа

10 Что может наиболее достоверно свидетельствовать о возникновении проскальзывания бандажа при рентгеноскопии?

Смещение от центра и дилатация «маленького желудочка». Угол φ равен 30º

Горизонтальное расположение бандажа, каскадный желудок

* Бандаж может быть смещен от центра, располагаться горизонтально, угол φ равен 0º, «маленький желудочек» дилатирован

Смещение бандажа от горизонтальной оси, ускоренное опорожнение «маленького желудочка»

11 Какие утверждения, касающиеся 5-го дня после установки регулируемого бандажа желудка, ВЕРНЫ?

Регулируемое бандажирование желудка характеризуется наименьшим числом осложнений, учитывая отсутствие анастомоза и риска несостоятельности

Диагностика и лечение пневмонии в послеоперационном периоде должны осуществляться так же, как при внебольничной пневмонии

Во время формирования ретрогастрального туннеля, возможно ятрогенное повреждение

* стенки желудка, ее перфорация, которая может не быть диагностирована за время госпитализации

При эрозии стенки желудка и дислокации регулируемого бандажа в его просвет, бандаж не следует удалять, поскольку он герметизирует перфорацию стенки желудка

12 Инфекция подкожного порта регулируемого бандажа желудка:

Лечится назначением антибиотиков широкого спектра

Возникает вследствие манипуляций с подкожным портом и лечится местной антибактериальной терапией

* Требует удаления бандажа

Требует исключения инфекционного перикардита, как причины инфицирования, с последующей антибиотикотерапией

13. Почему у пациентов после бариатрической операции диагностика абдоминального

13 **сепсиса вследствие несостоятельности линии аппаратного шва затруднена, что может сопровождаться неблагоприятным исходом?**

Перитонеальные симптомы могут быть отрицательными, что затрудняет диагностику

Невыраженность болевого синдрома в животе может затруднять объективную оценку состояния пациента и маскировать проявления абдоминального сепсиса

Дежурный врач может трактовать имеющуюся симптоматику как нормальное течение послеоперационного периода, назначить анальгетическую терапию и тем самым отсрочить осмотр и оценку состояния бариатрическим хирургом

* Все ответы верны

14. Какие симптомы, имеющиеся у пациента после бариатрической операции, требуют исключения абдоминального сепсиса ввиду несостоятельности линии аппаратного шва или перфорации?

Повышенное чувство голода

* Тахикардия, одышка, боль в левом плече

Затруднение дыхания, хрипы и продуктивный кашель

Лихорадка

15. Какой диагноз следует исключить у пациента после выполненного 3 года назад желудочного шунтирования, которого на момент осмотра беспокоят боли в животе, а по результатам рентгенологического исследования обнаружен свободный газ в брюшной полости?

Ущемленная внутренняя грыжа

Несостоятельность линии аппаратного шва

* Перфорация язвы анастомоза

Острый некротический панкреатит

16. Какие из ниже представленных утверждений наилучшим образом описывают клиническую симптоматику кишечной непроходимости после желудочного шунтирования по Ру в сравнении с кишечной непроходимостью после правосторонней гемиколэктомии?

Абдоминальный дискомфорт

* Ранняя рвота, боли в животе, отсутствие кишечных уровней по результатам обзорного снимка брюшной полости

Боли в животе, рвота и отсутствие стула и газов

Отсутствие стула и газов, кишечные уровни по результатам обзорного снимка брюшной полости

17. Что требуется для быстрой постановки диагноза у пациента, который перенес желудочное шунтирование по Ру 2 года назад и в настоящее время госпитализирован в экстренном порядке с жалобами на боли, рвоту и вздутие живота?

* Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости, КТ органов брюшной полости

Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости

Лабораторный контроль, обзорный снимок брюшной полости, УЗИ брюшной полости

Лабораторный контроль, контроль пассажа водорастворимого контраста по кишечнику

18. Пациент с морбидным ожирением, 36 лет, перенес желудочное шунтирование по Ру 8 недель назад, доставлен в экстренном порядке с жалобами на рвоту, участившуюся в течение последних 2 недель. Наиболее вероятным диагнозом является:

* Стеноз гастроеюноанастомоза

Обострение хронического гастрита культи желудка

Водно-электролитные нарушения

Тонкокишечная непроходимость

19 42-летний пациент поступил с жалобами на черный стул. В анамнезе лапароскопическое желудочное шунтирование по Ру:

Показана экстренная хирургическая операция

* Показана экстренная эзофагогастроскопия

В случае нормального уровня гемоглобина не следует предпринимать каких-либо мер

Пациенты с морбидным ожирением отличаются высокой толерантностью к гиповолемии, поэтому можно отложить обследование

20 Выберите верное утверждение, касающееся пациентов с морбидным ожирением и маргинальной язвой:

Лечение преимущественно хирургическое

Клиническая симптоматика включает в себя боли в эпигастральной области, если есть сопутствующее кровотечение, следует проводить дифференциальную диагностику

Лечение включает в себя прием ингибиторов протонной помпы

* У бариатрических пациентов высока частота выявления Helicobacter pylori

21 Какой фактор является определяющим при возникновении маргинальных язв:

* Курение
Тип операции
Мужской пол
Лечение артериальной гипертензии ингибиторами АПФ

22 Нарушение проходимости желудочного стебля после продольной резекции желудка НЕ может быть вызвано:

Несостоятельностью линии аппаратного шва
Наложением сшивающего аппарата слишком близко к углу желудка
Асимметрией или перекручиванием линии степлерного шва
* Использованием 30-мм кассет к сшивающему аппарату

23 Послеоперационное кровотечение…:

* В сочетании с гемодинамической нестабильностью требует выполнения экстренного оперативного вмешательства в течение первых 6 часов

Которое проявляется в течение более чем 48 часов после операции без изменения показателя гематокрита, также требует экстренной операции

Требует продолжения терапии прямым антикоагулянтом ввиду высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений

У бариатрических пациентов чаще всего происходит в зоне анастомоза, поэтому отсутствует потребность в исключении гемоперитонеума

24 Диарея после бариатрической операции, НЕ может быть связана с:

Демпинг-синдром
Синдром избыточного бактериального роста
Непереносимостью лактозы
* Избыточным наполнением манжетки регулируемого бандажа

25 Печеночная недостаточность после бариатрической операции может означать: Пациент, вероятнее всего, перенес рестриктивную операцию

* Пациент, вероятнее всего, перенес операцию с мальабсорбтивным компонентом

Пациент потребляет недостаточное количество пищи
Пациент имеет проявления витаминно-минерального дефицита

26. Пациенту после гастрэктомии (информация о выполненной операции отсутствует) назначена ЭРХПГ в экстренном порядке ввиду признаков механической желтухи. Двенадцатиперстная кишка и большой дуоденальный сосочек недоступны для осмотра. Пациенту могла быть выполнена любая из нижеперечисленных операций, кроме:

* Резекция по Бильрот I
Резекция по Бильрот II
Билиопанкреатическое шунтирование

SADI

27 Бариатрические пациенты имеют высокий риск:

Холелитиаза из-за избытка оксалатов и нефролитиаза из-за гиперхолестеринемии

* Холелитиаза из-за гиперхолестеринемии и нефролитиаза ввиду избытка оксалатов

Холелитиаза из-за избытка фосфолипидов и оксалатов

Риск литиаза несущественен

28 В терапии пациента с признаками мальнутриции и тяжелой диареи требуется:

* Назначение парентерального питания в комбинации с антибиотикотерапией

Назначение энтерального питания в сочетании с антибиотикотерапией

Срочное ревизионное хирургическое вмешательство

Терапия витаминами и микроэлементами

29 Литиаз внепеченочных желчных путей после бариатрической операции:

Хорошо подвергается лечению урсодезоксихолевой кислотой

Бывает нечасто и только после регулируемого бандажирования желудка

* Лечится хирургически ввиду сложности выполнения эндоскопических манипуляций на желчных путях

Можно предотвратить коррекцией диеты

30 Повторное хирургическое вмешательство после бариатрической операции с мальабсорбтивным компонентом показано, когда:

* Имеются выраженные проявления мальнутриции

Пациент не доволен косметическим результатом первой операции

Отмечены первые признаки набора веса

Пациент считает снижение веса слишком медленным

31 Пациент с синдромом обструктивного апноэ сна, проходящий амбулаторную терапию СИПАП:

Должен прекратить терапию во время госпитализации ввиду высокого внутрибрюшного давления и риска несостоятельности линии аппаратного шва

* Должен получать терапию СИПАП в период госпитализации с целью профилактики эпизодов апноэ, возникновения ателектазов и респираторных осложнений

Получать терапию СИПАП только в случае наличия ТЭЛА, пневмонии или других респираторных осложнений Все ответы НЕ верны – терапия СИПАП проводится только амбулаторно.

32 Пациент с наличием синдрома обструктивного апноэ сна имеет более высокий риск следующих осложнений, КРОМЕ:

Острый инфаркт миокарда, пневмония, ТЭЛА

* Острый живот, сепсис, полиорганная недостаточность

Артериальная гипертензия, аритмии, ишемические осложнения

Дыхательная недостаточность и респираторный дистресс-синдром

33. Какое решение будет правильным для диагностики ТЭЛА у пациента после бариатрической операции с низкой вероятностью венозных тромбоэмболических осложнений?

Повышение Д-димеров означает наличие ТЭЛА

В случае нормального уровня Д-димеров следует выполнить чреспищеводную эхокардиографию

* Если уровень Д-димеров повышен и пациент стабилен, следует выполнить КТангиографию

Нет потребности в назначении теста на Д-димеры ввиду его низкой чувствительности

34 Какие из следующих утверждений НЕ ВЕРНЫ:

Дефицит витамина В12 – фуникулярный миелоз

* Дефицит фолиевой кислоты – повышенная мышечная возбудимость

Дефицит витамина В1 – энцефалопатия Вернике

Дефицит меди – затруднение передвижения

35. К Вам в экстренном порядке поступил пациент после желудочного шунтирования по Ру, который предъявляет жалобы на двустороннее онемение ног. Требуется исключить:

Дефицит витамина В12

* Дефицит витамина В1

Дефицит витамина Е

Дефицит фолиевой кислоты

36 Отметьте НЕВЕРНОЕ утверждение, касающееся метаболизма алкоголя у бариатрических пациентов:

Повышение пиковой концентрации

Требуется больше времени для элиминации алкоголя

* Более низкая скорость абсорбции

Быстрее достигается пиковая концентрация

37 Какая витаминная или микроэлементная недостаточность может развиться менее чем за 3 недели, вызвав неврологическую симптоматику?

Холекальциферола

* Тиамина

Меди

Цианокобаламина

38. 24-хлетняя пациентка, перенесшая продольную резекцию желудка 3 месяца назад, хочет забеременеть:

* Беременность возможна не ранее, чем через 2 года после бариатрической операции

Беременность возможна в любое время, поскольку продольная резекция желудка не является мальабсорбтивной операцией

Беременность противопоказана на протяжении 5 лет после операции Беременность противопоказана после любой бариатрической операции

39 Рвота после установки внутрижелудочного баллона:

* Как правило, развивается в первые несколько недель после процедуры

Может быть в любое время из-за нарушения режима питания

Обычно возникает только после установки баллона, заполненного жидкостью, а не воздухом

Напрямую связана с объемом баллона

40 Какие утверждения НЕ ВЕРНЫ в отношении демпинг-синдрома?

* Ранний и поздний демпинг-синдром имеют клинические отличия

Демпинг-синдром может развиваться после рестриктивных операций, таких как продольная резекция желудка

Ранний и поздний демпинг-синдромы оба являются постпрандиальными патологиями

Демпинг-синдром вызывается гипогликемией

Оценочные средства для контроля качества подготовки ординатора в ходе освоения дисциплины (модуля), а также оценки промежуточных и (или) окончательных результатов обучения по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 «Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю)».

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

4.1. Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

4.2. Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

4.3. Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет

аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);
- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);
- заключение (краткая формулировка основных выводов);
- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

4.4. Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-

схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовок.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

4.5. Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

–задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа); –задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

–задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

4.6. Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие поее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.
2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, чтосущественно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

– ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

– для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

– ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

–ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

– проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

– решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

– решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

– предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

4.7. Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.