

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЛАБОРАТОРИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ

**ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ
ОБЪЕКТИВНОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО
КЛИНИЧЕСКОГО ЭКЗАМЕНА (ОСКЭ)
ДЛЯ 6-го КУРСА**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

УДК 378.244.1(072)

ББК 74.58я73

П19

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.05.2020 г., протокол № 9

А в т о р ы: А. В. Сикорский, И. Н. Мороз, Н. В. Мирончик, А. И. Волотовский, В. И. Бобровникий, Г. Г. Кондратенко, А. Д. Карман, О. А. Куделич, А. В. Пландовский, А. В. Прохоров, А. Э. Колобухов, А. В. Хапалюк, И. С. Романова, С. А. Мацкевич, Н. Д. Таганович, Г. Г. Максимиеня, Т. В. Мохорт, А. П. Шепелькевич, Е. И. Шишко, Е. Г. Мохорт, И. К. Билодид, Ю. В. Дыдышко, О. Н. Шишко, А. В. Строчкий, Д. Н. Руденко, Е. В. Яковлева, Е. Р. Макаревич, Е. В. Жук, А. Д. Титова

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц., проректор по лечебной работе Гомельского государственного медицинского университета Д. Ю. Рузанов; канд. мед. наук, доц., зав. каф. общей врачебной практики Белорусского государственного медицинского университета В. Э. Сушинский

П19 Паспорт экзаменационной станции объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для 6-го курса : учебно-методическое пособие / А. В. Сикорский [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 128 с.

ISBN 978-985-21-0576-7.

Представлены паспорта станций ОСКЭ, моделирующие различные аспекты клинической компетентности, критерии оценки умений и навыков студентов 6-го курса медицинского университета по различным дисциплинам специальностей.

Предназначено для преподавателей, использующих современный метод оценки профессиональной компетентности студентов 6-го курса.

УДК 378.244.1(072)

ББК 74.58я73

Учебное издание

Сикорский Анатолий Викторович
Мороз Ирина Николаевна
Мирончик Наталья Васильевна и др.

**ПАСПОРТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СТАНЦИИ ОБЪЕКТИВНОГО
СТРУКТУРИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЭКЗАМЕНА (ОСКЭ)
ДЛЯ 6-го КУРСА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Н. В. Мирончик
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 04.06.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,44. Уч.-изд. л. 6,16. Тираж 60 экз. Заказ 261.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0576-7

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2020

ВВЕДЕНИЕ

Стратегическая цель государственной политики в области образования заключается в повышении его доступности, соответствии достижениям медицинской науки и требованиям практического здравоохранения, что означает повышение качества профессионального образования.

Реализация образовательных стандартов высшего образования нового поколения по медицинским специальностям основана на внедрении современных педагогических технологий, реализующих компетентностный и модульный подходы, с изменением технологического обеспечения организации образовательного процесса. Внедрение новых технологий образовательного процесса способствует формированию личности врача-специалиста, обладающего высокой профессиональной компетентностью, способного к полноценной самостоятельной работе в учреждениях здравоохранения, оказанию качественной медицинской помощи населению.

Формирование профессионально компетентного и педагогически подготовленного преподавательского корпуса является важнейшей задачей медицинских университетов, решение которой обеспечивает повышение качества подготовки специалистов с высшим образованием.

В последние десятилетия в мировой практике получил широкое распространение объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) — метод, который используют для оценки клинической компетентности обучающихся медицинских университетов. Суть ОСКЭ заключается в создании для экзаменуемых клинических ситуаций, позволяющих им продемонстрировать приобретенные навыки. ОСКЭ по сравнению с другими методами оценки обладает множеством преимуществ и считается надежным инструментом проверки знаний, умений и навыков.

Использование ОСКЭ требует разработки учебно-методического материала для оценки владения обучающимся конкретным практическим навыком (умением) по дисциплинам специальности.

Разработанные паспорта станций содержат информацию об организации работы станций (оснащенность, время работы), алгоритм действий экзаменаторов и вспомогательного персонала, клинические задачи, стандартизированные шкалы оценки профессиональной компетентности обучающихся.

ВЗЯТИЕ МАЗКОВ ДЛЯ БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ИЗ УРЕТРЫ, ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ВЛАГАЛИЩА

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса лечебного факультета, завершившие обучение по программе «Акушерство и гинекология».

Проверяемые компетенции: взятие биологического материала из урогенитального тракта.

Задача станции: демонстрация студентом методики взятия биологического материала из цервикального канала, уретры и влагалища для бактериоскопического исследования.

Целесообразно заранее объявить экзаменуемым о необходимости приходить на экзамен в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, сменная обувь).

Практический навык (манипуляция). Взятие биологического материала для бактериоскопического исследования из уретры, цервикального канала и влагалища.

Продолжительность работы станции (табл. 1). Общая продолжительность станции — 12 мин. Физическая продолжительность станции — 10 мин.

Таблица 1

Продолжительность работы станции

Действия экзаменуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
Ознакомление с заданием (брифинг)	0 сек.	1 мин	1 мин
Работа на станции	1 мин	11 мин	10 мин
Окончание работы на станции	11 мин	12 мин	1 мин

Информация для организации работы станции

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Подготовка оснащения станции в соответствии с требованием паспорта (рабочее место членов экзаменационной комиссии, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).

2. Размещение на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества экзаменуемых).

3. Размещение письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.

4. Размещение тренажера полуторс для проведения гинекологического (акушерского) исследования с использованием гинекологического зеркала.

5. Подготовка паспорта станции в печатном виде (3 экземпляра для членов экзаменационной комиссии и 1 экземпляр для вспомогательного персонала).

6. Подключение персонального компьютера для работы членов экзаменационной комиссии.

7. Выполнение иных мероприятий необходимых для обеспечения работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид.

2. Включение видеокамеры в случае отсутствия постоянной видео регистрации.

3. Не менее чем через 1,5 минуты после выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

4. Контроль качества видеозаписи действий экзаменуемого (при необходимости).

Информация по обеспечению работы станции

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (табл. 2).

Таблица 2

Рабочее место члена экзаменационной комиссии

Перечень оборудования	Количество
Стол рабочий (рабочая поверхность)	По количеству экзаменаторов
Стул	По количеству экзаменаторов
Чек-листы в бумажном виде	По количеству экзаменуемых
Шариковая ручка	По количеству экзаменаторов

Рабочее место экзаменуемого. Помещение, имитирующее рабочее помещение, обязательно должно включать мебель и оборудование (табл. 3).

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
Стол рабочий	1 шт.
Стул	1 шт.
Стол / кушетка для размещения полуторса для гинекологического исследования	1 шт.
Столик для инструментов	1 шт.
Пинцет	1 шт.
Источник света	1 шт.
Имитация раковины	1 шт.
Имитация одноразовых полотенец	1 шт.
Имитация диспенсера для жидкого мыла	1 шт.
Имитация диспенсера для антисептического средства	1 шт.
Контейнер для дезинфекции отработанных медицинских изделий	1 шт.
Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

Симуляционное оборудование. Полуторс для проведения гинекологического (акушерского) исследования с использованием гинекологического зеркала.

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку экзаменуемого) (табл. 5).

Перечень расходных материалов

Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку)
Смотровые перчатки	1 пара
Марлевые шарики	2 шт.
Одноразовое гинекологическое зеркало Куско	1 шт.
Одноразовая ложка Фолькмана	1 шт.
Одноразовый гинекологический шпатель	1 шт.
Промаркированные предметные стекла	2 шт.
Бланки-направления для бактериоскопического исследования	1 комплект
Пеленка медицинская (условно одноразовая)	1 шт.
Любрикант	1 флакон

Перечень ситуаций и раздел подготовки (табл. 6).

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенции

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация
1	001	Беременность 8–9 недель. Первый осмотр в женской консультации
2	001	Диспансерное наблюдение гинекологической пациентки

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач-акушер-гинеколог женской консультации. Ваша задача: воспроизвести методику взятия биологического материала для микроскопического исследования из уретры, цервикального канала и влагалища. Данные о пациентке находятся на вашем рабочем столе. Все действия, которые вы будете проводить, необходимо проговаривать.

Сценарий № 1. Вы — врач-акушер-гинеколог. К вам на прием обратилась беременная женщина 22 лет. Срок беременности 8–9 недель.

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Менструации с 14 лет установились сразу, по 5 дней через 28 дней умеренные, безболезненные. Последняя менструация два месяца назад. Половая жизнь с 21 года в браке. Настоящая беременность 1-я. Вес пациентки 74 кг, рост 167 см. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 70 уд./мин, АД — 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Вы приступаете к проведению специального акушерско-гинекологического исследования, в частности, взятию мазков из уретры, цервикального канала и влагалища для бактериоскопического исследования. Вы пригласили пациентку в смотровую часть кабинета, обеспечили ее одноразовой пленкой. Для вас подготовлено рабочее место, и вы приступаете к исследованию.

Сценарий № 2. Вы — акушер-гинеколог женской консультации. К вам обратилась пациентка 35 лет за справкой о состоянии здоровья.

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Последний раз была у гинеколога 1 год назад. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Менструации с 12 лет, регулярные, через 28 дней по 3–4 дня умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2 недели назад. Беременностей — 2: родов — 2, без осложнений. Контрацепция после 2-х родов до настоящего времени — барьерный метод. Аллергологический и соматический анамнез без особенностей. Общее физикальное исследование — патологии не выявлено.

Вы собрали анамнез и провели общее физикальное исследование. Далее приступаете к специальному гинекологическому исследованию, в частности к взятию мазков из уретры, цервикального канала и влагалища для бактериоскопического исследования. Вы пригласили пациентку в смотровую часть кабинета, обеспечили ее одноразовой пленкой. Для вас подготовлено рабочее место, и вы приступаете к исследованию.

Информация для экзаменаторов

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка комплектности и соответствия оснащения станции требованиям паспорта (оснащение рабочего места членов экзаменационной комиссии, симуляционное оборудование, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).

2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов (с учетом количества экзаменуемых).

3. Проверка наличия письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.

4. Проверка наличия паспорта станции в печатном виде.

5. Проверка наличия бумажных чек-листов (с учетом количества экзаменуемых) или сверка своих персональных данных в электронном чек-листе (ФИО экзаменуемого и номер сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого, внесение идентификационного номера в чек-лист (в бумажном или электронном виде).

2. Заполнение чек-листа — проведение регистрации последовательности и правильности/ расхождения действий экзаменуемого в соответствии с критериями, указанными в чек-листе.

3. Заполнение дефектной ведомости (в случае необходимости).

Важно! Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если вы не согласны с мнением экзаменуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что вы бы хотели отметить, а этого нет в чек-листе, следует оформлять в дефектной ведомости.

Нормативные и методические материалы, используемые для создания паспорта:

1. Клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.

2. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 № 73.

3. Гинекология: учеб. пособие / под общ. ред. Ю. К. Малевича. Минск: Беларусь, 2018. 318 с.

4. Практическое руководство по гинекологии: учеб.-метод. пособие / В. М. Савицкая. Минск: БГМУ, 2017. 54 с.

5. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом: учеб. пособие / под ред. А. И. Ищенко. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 392 с.

Информация для симулированного пациента. Не предусмотрена.

Информация для симулированного коллеги. Не предусмотрена.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист).

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

для экзаменационной станции

«Взятие мазков для бактериоскопического исследования из уретры, цервикального канала и влагалища»

объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

Действие	Критерии соответствия	Оценка: 1 — выполнено, 0 — не выполнено
1. Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться), объяснить цель предстоящей манипуляции	Проговаривает	
2. Пригласить женщину на гинекологическое кресло для взятия биологического материала из уретры, цервикального канала, влагалища	Проговаривает	
3. Провести гигиеническую антисептику кожи рук и одеть одноразовые перчатки	Выполняет	

Действие	Критерии соответствия	Оценка: 1 — выполнено, 0 — не выполнено
4. Распечатать и достать из упаковок в присутствии женщины инструментарий, необходимый при исследовании (зеркала, инструменты, стекла)	Выполняет	
5. Развести большим и указательным пальцами левой руки малые половые губы	Выполняет	
6. Один конец ложечки Фолькмана осторожно ввести в уретру на 0,5–1 см, плоскость ложечки продвигать к наружному отверстию слегка нажимая на переднюю поверхность уретры	Выполняет	
7. Извлечь инструмент, нанести материал на предметное стекло под знаком «U»	Выполняет	
8. Проверить работоспособность зеркала, на ложки зеркала нанести lubricant	Выполняет	
9. Развести большим и указательным пальцами левой руки малые половые губы, ввести зеркало во влагалище строго в закрытом виде (плоскость смыкания створок зеркала должна совпадать с осью половой щели)	Выполняет	
10. В процессе введения зеркала его следует повернуть на 90°, опустив рукоятку зеркала вниз	Выполняет	
11. Раскрыть зеркало и обнажить шейку матки, зеркало зафиксировать замком	Выполняет	
12. Взять пинцетом стерильный марлевый шарик, удалить им выделения и слизь с поверхности шейки матки	Выполняет	
13. Второй конец ложечки Фолькмана ввести в цервикальный канал на 1,5–2 см, легким «скребком» взять материал	Выполняет	
14. Полученный материал нанести на предметное стекло под знаком «С»	Выполняет	
15. Ввести гинекологический шпатель в задний свод влагалища, провести взятие материала	Выполняет	
16. Полученный материал нанести на соответствующее промаркированное предметное стекло под знаком «V»	Выполняет	
17. Извлечь створчатое зеркало Куско из влагалища	Выполняет	
18. Отработанные медицинские изделия и перчатки выбросить в контейнер для дезинфекции	Выполняет	
19. Провести гигиеническую антисептику кожи рук	Выполняет	
20. Заполнить бланк направления для бактериоскопического исследования	Выполняет	
Сумма баллов:		
Отметка по 10-балльной шкале цифрами и прописью:		

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
20 (двадцать)	10 (десять)	10 (десять)	5 (пять)
18 (восемнадцать)	9 (девять)	8 (восемь)	4 (четыре)
16 (шестнадцать)	8 (восемь)	6 (шесть)	3 (три)
14 (четырнадцать)	7 (семь)	4 (четыре)	2 (два)
12 (двенадцать)	6 (шесть)	2 (два)	1 (один)

Экзаменатор _____

Должность и расшифровка подписи

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или небезопасных, или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости по данной станции.

Дефектная ведомость

для экзаменационной станции

«Взятие мазков для бактериоскопического исследования из уретры, цервикального канала и влагалища»

объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующий ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

Должность и расшифровка подписи

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 5-го курса, прошедшие врачебную клиническую производственную практику, и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оказывать медицинскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, применять современные методы диагностики на различных этапах оказания медицинской помощи. Провести клиническую интерпретацию результатов лабораторных исследований при заболеваниях внутренних органов, уметь установить предварительный клинический диагноз, назначить необходимый объем обследований и определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Продолжительность работы на станции. Всего — 17 мин (на непосредственную работу — 15 мин).

1 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1 мин
14 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	15 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	16 мин
1 мин — смена экзаменуемых	17 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым умений оценить и интерпретировать данные лабораторных исследований, поставить предварительный клинический диагноз, назначить необходимый объем обследований и определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии:

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемых. Станция должна включать оборудование (оснащение), необходимое для одновременной сдачи экзамена шестью экзаменуемыми:

1. Стол рабочий — 6 шт.
2. Стул — 6 шт.
3. Настенные часы с секундной стрелкой.
4. Листы с текстом экзаменационных заданий.
5. Бланки ответов для заполнения экзаменуемыми.

Экзаменуемые приходят в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь), при себе имеют шариковую ручку.

Перечень ситуаций (сценариев) станции. Пациентка с болями в суставах, сыпью, субфебрилитетом.

Информация (брифинг) для экзаменуемого

Образец ситуационной задачи № 1 «Пациентка с болями в суставах, сыпью, субфебрилитетом».

Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Пациентка 3. 22 лет направлена в стационар с жалобами на боли, припухание в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа, повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, усиленное выпадение волос. Считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС — 88 уд./мин, АД — 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание, стул без особенностей. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, деформаций нет.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты — $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 86 г/л, тромбоциты — $100 \times 10^9/л$, лейкоциты — $3,6 \times 10^9/л$, эозинофилы — 1 %, палочкоядерные нейтрофилы — 8 %, сегментоядерные нейтрофилы — 59 %, лимфоциты — 25 %, моноциты — 4 %, СОЭ по Вестергрену — 32 мм/ч.

Общий анализ мочи — мутная, цвет — желтый, плотность — 1,022, реакция — кислая, белок — 0,560 г/л, глюкоза — отрицательная, лейкоциты не обнаружены.

Биохимический анализ крови: креатинин — 118 мкмоль/л, мочевины — 8,8 ммоль/л, общий белок — 67 г/л, альбумины — 45 %, α_1 — 4%, α_2 — 15 %, β — 9 %, γ — 27 %.

Антитела к двухцепочечной ДНК — 328,3 Ед/мл (референсные значения < 25 Ед/мл) и антинуклеарные антитела — более 200 Ед/мл (референсные значения < 20 Ед/мл).

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Назовите критерии диагностики данного заболевания.
4. Составьте план обследования пациента.
5. Какие лабораторные изменения могут наблюдаться при данном заболевании?
6. Имеются ли отклонения от нормы в общем анализе крови пациента? С чем они могут быть связаны?
7. Имеются ли отклонения от нормы в биохимическом анализе крови пациента? С чем они могут быть связаны?
8. Изменены ли маркеры аутоиммунных заболеваний? О чем это может свидетельствовать?
9. Имеются ли отклонения от нормы в общем анализе мочи пациента? С чем они могут быть связаны?
10. Предложите план лечения пациента.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия письменных заданий и бланков ответов.
3. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет.
4. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид.
2. После выхода экзаменуемых пригласить следующих экзаменуемых.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие письменных заданий и бланков ответов).
2. Подготовка оценочных листов (чек-листов), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации ответов экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Клиническая лабораторная диагностика соматических заболеваний: учеб. пособие / В. С. Камышников. Минск: Адукацыя і выхаванне, 2014. 464 с.

3. Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований: руководство / А. А. Кишкун. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 448 с.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью балльной оценки: выполнено — 1; выполнено частично — 0,5; не выполнено — 0. Для общей оценки ответа экзаменуемого используется переводная шкала.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

Ситуационная задача № 1 «Пациентка с болями в суставах, сыпью, субфебрилитетом» для экзаменационной станции «Клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований при заболеваниях внутренних органов» объективного структурированного клинического экзамена

Ф.И.О. аттестуемого _____

Дата _____

Действие	Оценка: выполнено — 1, выполнено частично — 0,5, не выполнено — 0
1. Назвать предполагаемый диагноз	
2. Обосновать поставленный диагноз	
3. Назвать критерии диагностики данного заболевания	
4. Составить план обследования пациента	
5. Какие лабораторные изменения могут наблюдаться при данном заболевании?	
6. Имеются ли отклонения от нормы в общем анализе	

крови пациента? С чем они могут быть связаны?	
7. Имеются ли отклонения от нормы в биохимическом анализе крови пациента? С чем они могут быть связаны?	
8. Изменены ли маркеры аутоиммунных заболеваний? О чем это может свидетельствовать?	
9. Имеются ли отклонения от нормы в общем анализе мочи пациента? С чем они могут быть связаны?	
10. Предложить план лечения пациента	
Сумма баллов:	
Отметка по 10-балльной шкале цифрами и прописью:	

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
10	10 (десять)	5	5 (пять)
9	9 (девять)	4	4 (четыре)
8	8 (восемь)	3	3 (три)
7	7 (семь)	2	2 (два)
6	6 (шесть)	1	1 (один)

Экзаменатор _____

Должность и расшифровка подписи

**Бланк ответов для экзаменационной станции
«Клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований при заболеваниях внутренних органов»
объективного структурированного клинического экзамена**

Ф.И.О. аттестуемого _____

Дата _____

Задача 1.

Задача 2.

И так далее.

ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты лечебного факультета, завершившие обучение по программе 6-го курса учебной дисциплины «Хирургические болезни» для специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемый практический навык. Диагностика гидро- и пневмоторакса, выполнение плевральной пункции при гидро- и пневмотораксе.

Целесообразно заранее объявить экзаменуемым о необходимости приходить на экзамен в спецодежде (хирургический костюм или медицинский халат, сменная обувь, медицинская шапочка и маска).

Продолжительность работы станции (табл. 1). Общая продолжительность — 10 мин. Физическая продолжительность — 8 мин.

Таблица 1

Продолжительность работы станции

Действия экзаменуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
Ознакомление с заданием (брифинг)	0 сек.	1 мин	1 мин
Работа на станции	1 мин	9 мин	8 мин
Окончание работы на станции	9 мин	10 мин	1 мин

Информация для организации работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (табл. 2).

Таблица 2

Рабочее место члена экзаменационной комиссии

Перечень оборудования	Количество
Стол рабочий (рабочая поверхность)	По количеству экзаменаторов
Стул	По количеству экзаменаторов
Чек-листы в бумажном виде	По количеству экзаменуемых
Шариковая ручка	По количеству экзаменаторов

Рабочее место вспомогательного персонала (табл. 3).

Таблица 3

Рабочее место вспомогательного персонала

Перечень оборудования	Количество
Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
Персональный компьютер, управляющий симуляционным оборудованием/блок управления	1 шт.
Микрофон	1 шт.

Рабочее место экзаменуемого. Целесообразно заранее объявить студентам о необходимости приходить на экзамен в медицинской спецодежде

(костюм, халат, шапка) со сменной обувью. Рекомендуется подготовить для него:

- стерильные перчатки (в соответствии с размером рук) — 1 пара;
- маска медицинская — 1 шт.

Информация по обеспечению работы станции. Помещение, имитирующее операционную комнату, обязательно должно включать мебель и оборудование (табл. 4).

Таблица 4

Перечень мебели, медицинского и прочего оборудования

Мебель и медицинское оборудование	Количество
Столик инструментальный	1 шт.
Каталка (кушетка) для размещения симулятора пациента	1 шт.
Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
Лоток медицинский (почкообразный или прямоугольный)	1 шт.
Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1 шт.
Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1 шт.
Контейнер для дезинфекции инструментов	1 шт.

Расходные материалы (табл. 5).

Таблица 5

Перечень расходных материалов

Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку)
Раствор антисептика для обработки рук (имитация)	5 мл
Перчатки медицинские	1 пара
Шприцы с иглами 25 G различных объемов (2, 5, 10 мл)	3 шт.
Шприц Жане 100 мл	1 шт.
Стерильные марлевые салфетки	10 шт.
Марлевые шарики	10 шт.
Переходная резиновая трубка	1 шт.
Зажим	1 шт.
Пинцет хирургический	1 шт.
Игла для плевральной пункции	1 шт.

Симуляционное оборудование (табл. 6).

Таблица 6

Симуляционное оборудование

Перечень симуляционного оборудования	Техническая характеристика симуляционного оборудования
Симулятор пациента	Наличие автоматической модели физиологии человека. Реалистичность анатомических отношений между поверхностью кожи, мышцами, ребрами и легкими. Наличие области имитации гидро- и пневмоторакса для отработки навыка выполнения плевральной пункции и/или дренирования

Членам экзаменационной комиссии, студентам и вспомогательному персоналу важно заранее сообщить об особенностях модели симулятора и принципах работы на нем.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 7).

Таблица 7

Перечень ситуаций (сценариев) станции

Сценарий (№ п/п)	Оценочный лист (чек-лист)	Ситуация
1	01	Спонтанный пневмоторакс
2	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним пневмотораксом
3	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемотораксом слева
4	01	Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним гемопневмотораксом
5	01	Пневмоторакс после пункции левой подключичной вены
6	01	Левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации
7	01	Острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит
8	01	Рак прямой кишки. Метастатический плеврит слева. Метастазы в печень
9	01	Парапневмонический абсцесс легкого слева. Левосторонний пиопневмоторакс

Информация для экзаменуемого (для всех сценариев). Вы — врач-хирург. Все действия, которые вы будете проводить, необходимо прокомментировать. Необходимо определить ведущий клинический синдром, провести дифференциальную диагностику данного состояния, сформулировать клинический диагноз и выполнить необходимые лечебные мероприятия.

Сценарий № 1. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 24 лет с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, одышку. Ранее ничем не болел. Выше перечисленные жалобы появились внезапно 2 часа назад.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное — ортопноэ. Температура тела 36,8 °С. При осмотре левая половина грудной клетки слегка отстаёт в акте дыхания. Аускультативно дыхание на этой стороне резко ослаблено, перкуторно — тимпанит. ЧД — 22 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД — 120/80 мм рт. ст. Пульс — 90 уд./мин. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначе-

ния может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 2. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 50 лет с жалобами на сильную боль в области левой половины грудной клетки, усиливающуюся при вдохе. Со слов пострадавшего, около часа назад получил сильный удар бревном по левой половине грудной клетки при разгрузке лесовоза.

Объективно: состояние средней степени тяжести. ЧД — 20 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД — 110/70 мм рт. ст. Пульс — 100 уд./мин. Больной занимает вынужденное положение, полусидя наклонившись влево и опирается на руки. При вдохе отмечает боль в левой половине грудной клетки. На передней поверхности грудной клетки слева обширный кровоподтек и припухлость овальной формы. При пальпации грудной клетки отмечается крепитация костных отломков в проекции III и IV ребер по задней подмышечной линии, болезненность усиливается. Аускультативно дыхание на этой стороне резко ослаблено, перкуторно — тимпанит. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей). В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 3. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 55 лет с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки, ка-

шель, слабость, головокружение. Выяснено, что во время драки сильно ударился грудью о выступ железных ворот.

Объективно: состояние тяжелое, возбужден, испытывает чувство страха смерти. Пульс — 100 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. АД — 90/60 мм рт. ст. Отмечается одышка, ЧД — 22 в минуту. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. Пальпаторно — резкая локальная болезненность в проекции V и VI ребер по задней подмышечной линии слева, там же припухлость, кровоподтек и крепитация, напоминающая хруст снега. Отмечается притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра слева, при аускультации — отсутствие дыхательных шумов слева. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 4. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приёмный покой больницы бригадой СМП доставлен мужчина 25 лет. Пострадавший не справился с управлением, и его автомобиль врезался на высокой скорости в фонарный столб. Молодой человек оказался зажат в машине между рулем и сидением. Спасатели МЧС извлекали пострадавшего в течение 30 минут.

При поступлении: пострадавший зафиксирован на жестком транспортном щите, на шею надет фиксирующий транспортный шейный корсет. В момент осмотра жалуется на сильные боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом. Грудная клетка асимметричная, левая половина отстаёт в акте дыхания. Определяются множественныессадины на левой боковой поверхности грудной клетки. Пальпация левой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах V–VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация правой половины — без особенностей.

При перкуссии слева в нижних отделах — укорочение и притупление перкуторного звука, выше — тимпанит, справа — легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над правым легким — везикулярное дыхание, над левым — дыхание практически не проводится. Пульс — 100 уд./мин, АД — 100/75 мм рт. ст., ЧД — 24 в минуту.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 5. Пожилая женщина потеряла сознание в поликлинике. Бригадой скорой медицинской помощи после оказания первичной медицинской помощи предпринята безуспешная попытка установить центральный катетер в левую подключичную вену, после чего состояние пациентки стало быстро ухудшаться. Срочно доставлена в приемный покой ближайшей клиники.

Общее состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые покрыты липким потом. При пальпации в левой надключичной области определяется подкожная крепитация в виде хруста снега. Пальпация правой половины — без особенностей. При перкуссии слева в верхних отделах — тимпанит, справа — легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над правым легким — везикулярное дыхание, над левым — дыхание в верхних отделах не проводится. Пульс — 108 уд./мин, АД — 110/75 мм рт. ст., ЧД — 22 в минуту.

Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначе-

ния может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 6. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. Мужчина, 65 лет, направлен в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в грудной клетке, постепенно нарастающую одышку, отеки на нижних конечностях, общую слабость. Страдает ишемической болезнью сердца в течение 20 лет, по поводу чего систематически получает кардиотропную терапию. Настоящее ухудшение в течение 3 недель, когда стал отмечать учащение приступов загрудинных болей после физической нагрузки, одышку в покое, увеличение отеков на нижних конечностях в вечернее время.

Объективно: состояние тяжелое. Положение вынужденное — ортопноэ. Температура тела 36,8 °С. При осмотре отмечается пульсация шейных вен. В области носогубного треугольника и под ногтевыми пластинками пальцев кистей рук отмечается синюшность. Левая половина грудной клетки слегка отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации в легких слева дыхание резко ослаблено. ЧД — 26 в мин. Сердечные тоны глухие, ритм правильный. АД — 170/100 мм рт. ст. Пульс — 100 уд./мин. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 7. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. У пациента, находящегося в стационаре по поводу острого панкреатита, на 10-е сутки появились жалобы на постепенно нарастающую одышку, общую слабость.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Пульс — 90 уд./мин. АД — 115/75 мм рт. ст. Отмечается одышка, ЧД — 25 в минуту. Кожные покровы бледно-цианотичные. Перкуторно — притупление звука ниже уровня V ребра слева, при аускультации — отсутствие дыхательных шумов, справа — без особенностей. Живот пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 8. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. В приемное отделение обратилась женщина 70 лет с жалобами на тупые боли постоянного характера в левой половине грудной клетки, одышку, общую слабость. Болеет около года. Сначала появились боли связанные с дыханием в левом боку, затем боли стали постоянными, появилась одышка, которая постепенно нарастает, слабость. Два года назад перенесла экстирпацию прямой кишки по поводу рака.

Объективно. Питание понижено. ЧД — 28 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Межреберные промежутки слева сглажены. Перкуторно справа звук ясный легочный, слева — сзади от середины лопатки притупление, переходящее в абсолютную тупость с косой верхней границей, идущей от позвоночника вверх к заднеподмышечной линии и затем вперед вниз. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева — в нижних отделах дыхание не прослушивается. Живот пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные

обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Сценарий № 9. Вы — врач-хирург больницы скорой медицинской помощи. К вам доставлен пациент, у которого на 3-й неделе амбулаторного лечения левосторонней нижнедолевой пневмонии внезапно появились боли в груди слева, усилились кашель и одышка, температура повысилась до 39 °С.

Объективно. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Межреберные промежутки слева сглажены. ЧД — 26 в минуту. Перкуторно справа звук ясный легочный, слева — сзади от середины лопатки притупление, переходящее в абсолютную тупость, над ней — тимпанит. Аускультативно справа дыхание везикулярное, слева — дыхание не прослушивается. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

По вашему запросу может быть предоставлена дополнительная медицинская документация (общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей).

В вашем распоряжении медикаменты и инструменты, представленные на инструментальном столике. Если вы считаете, что какие-либо назначения может/должна выполнить медицинская сестра приемного покоя, то вы можете попросить ее о помощи.

Все действия, которые вы будете производить самостоятельно, необходимо озвучивать. Ваша задача:

1. Сформулировать и обосновать предположительный диагноз.
2. Определить рентгенологический синдром.
3. Если это необходимо, провести хирургическую манипуляцию.
4. Интерпретировать данные проведенной манипуляции.
5. Сформулировать диагноз.

Информация для экзаменаторов

Описание сценария № 1 «Спонтанный пневмоторакс» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости. Затем указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

- Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

- Определить место пункции — II межреберье слева по среднеключичной линии.

- Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

- Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (воздух при пневмотораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: спонтанный пневмоторакс слева.

Описание сценария № 2 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная левосторонним пневмотораксом» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости. Затем указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.

– Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

– Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

– Определить место пункции — II межреберье слева по среднеключичной линии.

– Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5% раствором новокаина.

– Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (воздух при пневмотораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: закрытая травма грудной клетки: перелом 6–7 ребер слева, пневмоторакс слева.

Описание сценария № 3 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемотораксом слева» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости и место перелома ребер.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

– Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.

– Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.

– Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

– Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

– Определить место пункции — VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

– Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

– Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: закрытая травма грудной клетки: перелом 6–7 ребер слева, гемоторакс слева.

Описание сценария № 4 «Закрытая травма грудной клетки, осложненная гемопневмотораксом» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости и воздуха в левой плевральной полости и место перелома ребер.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии или в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.
- Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.
- Определить место пункции — II межреберье слева по среднеключичной линии или VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.
- Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.
- Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (воздух при пневмотораксе и жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: закрытая травма грудной клетки: перелом 5–8 ребер, гемопневмоторакс слева.

Описание сценария № 5 «Пневмоторакс после пункции левой подключичной вены» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и

плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Студент должен определить рентгенологический синдром: скопление воздуха в левой плевральной полости. Затем указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.
- Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.
- Определить место пункции — II межреберье слева по среднеключичной линии.
- Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.
- Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (воздух при пневмотораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: пневмоторакс после пункции левой подключичной вены.

Описание сценария № 6 «Левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

– Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

– Определить место пункции — VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

– Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

– Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: левосторонний гидроторакс при хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации.

Описание сценария № 7 «Острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

– Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.

– Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.

– Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

– Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

– Определить место пункции — VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

– Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

– Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: острый панкреатит, тяжелое течение. Левосторонний плеврит.

Описание сценария № 8 «Рак прямой кишки. Метастатический плеврит слева» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости в левой плевральной полости.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

- Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

- Определить место пункции — VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

- Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

- Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: рак прямой кишки. Состояние после хирургического лечения. Прогрессирование опухолевого процесса. Метастатический плеврит слева. Метастазы в печень.

Описание сценария № 9 «Парапневмонический абсцесс левого легкого. Левосторонний пиопневмоторакс» для экзаменационной комиссии (не выдается аккредитуемому).

От студента ожидается, что он проведет осмотр грудной клетки слева, сформулирует предположительный диагноз.

Студент может запросить общий анализ крови, исследование выпота, данные обзорной рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей, которые ему необходимо предоставить. **Внимание:** без запроса не передаются!

Определить рентгенологический синдром: скопление жидкости и воздуха в левой плевральной полости.

Указать хирургическую манипуляцию — плевральную пункцию во II межреберье слева по среднеключичной линии и в VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

Выполнить плевральную пункцию на манекене по следующему алгоритму:

- Идентифицировать пациента, взять согласие на манипуляцию.
- Обработать руки перед началом осмотра и надеть смотровые перчатки.
- Осмотреть пациента, акцентируя внимание на левую половину грудной клетки.

– Подготовить необходимые для пункции плевральной полости принадлежности.

– Определить место пункции — II межреберье слева по среднеключичной линии и VIII межреберье слева по задней подмышечной линии.

– Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина.

– Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил в шприце (воздух при пневмотораксе и жидкость при гидротораксе).

Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки.

Сформулировать заключительный диагноз: парапневмонический абсцесс левого легкого. Левосторонний пиопневмоторакс.

Дополнительная информация для членов комиссии

Пневмоторакс — это скопление воздуха между париетальным и висцеральным листками плевры. Причина пневмоторакса — повреждения легких, бронхов.

Классификация пневмоторакса:

По объему воздуха в плевральной полости пневмотораксы делят на:

- малый — легкое сдавлено на 1/3 объема;
- средний — легкое сдавлено на половину объема;
- большой — легкое сдавлено более чем на половину объема;
- тотальный — коллапс всего легкого.

По происхождению:

1. Травматический пневмоторакс возникает в результате закрытых (без повреждения целостности кожных покровов) или открытых (огнестрельных, ножевых) травм грудной клетки, ведущих к разрыву легкого.

2. Спонтанный. По распространению: односторонний; двусторонний.

При одностороннем пневмотораксе происходит частичное либо полное спадение правого или левого легкого, при двустороннем — поджатие обоих легких. Развитие двустороннего пневмоторакса может вызывать критическое нарушение дыхательной функции и может привести к гибели пациента в короткие сроки.

По наличию осложнений: осложненный (плевритом, кровотечением, медиастинальной и подкожной эмфиземой); неосложненный.

По сообщению с внешней средой: закрытый; открытый; напряженный (клапанный) (рис. 1).

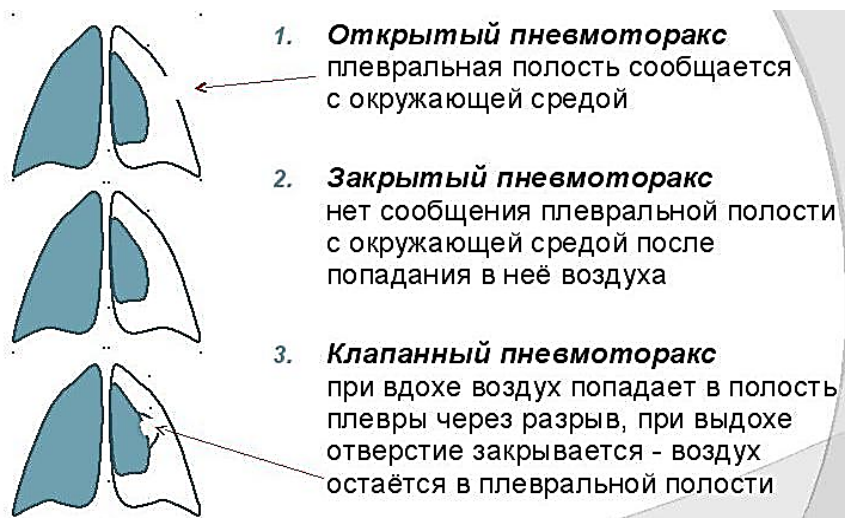


Рис. 1. Виды пневмоторакса

При закрытом пневмотораксе сообщения полости плевры с окружающей средой не происходит, и объем попавшего в плевральную полость воздуха не увеличивается. Клинически имеет самое легкое течение, незначительное количество воздуха может рассасываться самостоятельно.

Открытый пневмоторакс характеризуется наличием дефекта в стенке грудной клетки, через который происходит свободное сообщение полости плевры с внешней средой. При вдохе воздух поступает в плевральную полость, а при выдохе выходит через дефект в висцеральной плевре. Давление в плевральной полости становится равным атмосферному, что приводит к частичному коллапсу легкого и выключению его из дыхания.

При напряженном пневмотораксе формируется клапанная структура, пропускающая воздух в плевральную полость в момент вдоха и препятствующая его выходу в окружающую среду на выдохе, при этом объем воздуха в полости плевры постепенно нарастает. Клапанный пневмоторакс характеризуется следующими признаками: положительным внутриплевральным давлением (больше атмосферного), приводящим к выключению легкого из дыхания; раздражением нервных окончаний плевры, вызывающим развитие плевропульмонального шока; стойким смещением органов средостения, ведущим к нарушению их функции и сдавлению крупных сосудов; острой дыхательной и сердечной недостаточностью.

Подкожная эмфизема — это скопление воздуха в подкожной клетчатке грудной стенки, распространяющегося на другие области тела. Является патогномичным симптомом повреждения легкого. Подкожная эмфизема может быть разных размеров — от небольшого участка, который определяется только пальпаторно, до выраженной, при которой воздух распространяется вверх на голову и шею и вниз вплоть до мошонки.

Эмфизема средостения — это скопление воздуха в клетчатке средостения. Возникает при повреждении трахеи, главных бронхов, пищевода, травмах грудной клетки.

Методика выполнения плевральной пункции при напряженном пневмотораксе. Пункцию производят при помощи иглы или, предпочтительнее, тонкого стилет-катетера. Типичным местом для пункции является II межреберье по среднеключичной линии или III–IV межреберье по средней подмышечной линии, однако, точку пункции следует определять только после полипозиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха (рис. 2).



Рис. 2. Точки для выполнения

Пункция выполняется в положении лежа на спине, рука на этой стороне поднята вверх, согнута и заложена под голову. Перед вколом иглы выполняют смещение кожи указательным пальцем левой руки, чтобы после извлечения иглы не было прямого канала в мягких тканях. После местной анестезии пункционной иглой, соединенной со шприцем через резиновую трубочку длиной около 10 см, прокалывают кожу в намеченной точке, а затем плавно продвигают ее через мягкие ткани межреберья, ориентируясь на верхний край нижележащего ребра до ощущения свободной полости. После прокола плевры оттягивают поршень шприца для заполнения его отсасываемым воздухом. Перед отсоединением шприца для его опорожнения накладывают зажим на резиновую трубку, чтобы в плевральную полость не проник воздух.

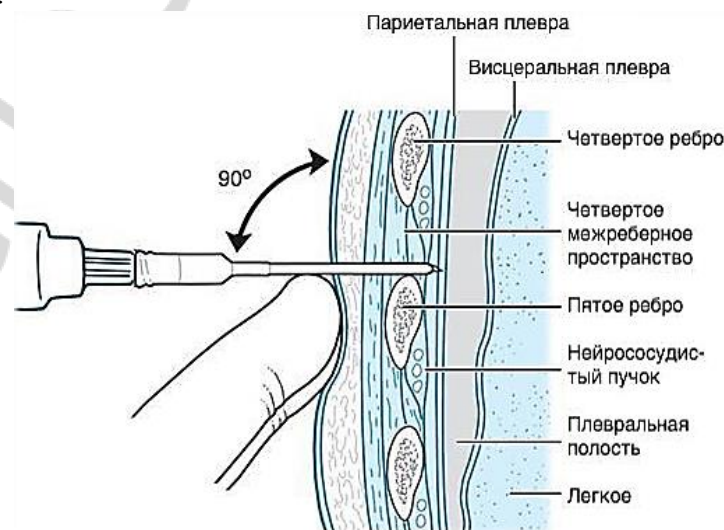


Рис. 3. Анатомические структуры плевральной пункции при торакоцентезе

Синдромом плеврального выпота (ПВ) называют клинический симптомокомплекс, характеризующийся накоплением в плевральной полости жидкости, имеющей различное происхождение и свойства.

Классификация синдрома ПВ:

В зависимости от характера патологического процесса в плевральной полости различают:

- гидроторакс — накопление в плевральной полости трансудата (жидкости невоспалительного происхождения) или жидкости неизвестных свойств и происхождения;
- экссудативный плеврит — воспалительный процесс в плевре, сопровождающийся накоплением в плевральной полости экссудата (жидкости воспалительного происхождения);
- эмпиема плевры (пиоторакс) — гнойный воспалительный процесс плевры, который сопровождается накоплением в плевральной полости гноя;
- гемоторакс — накопление в плевральной полости крови (чаще всего при травмах грудной клетки, оперативных вмешательствах);
- хилоторакс — накопление в плевральной полости лимфы (при травмах грудного лимфатического протока или опухолях средостения).

Разделение по биохимическому составу ПВ (табл. 8):

- экссудативные плевриты (синоним: истинные плевриты);
- трансудативные плевриты (синоним: ПВ).

Таблица 8

Основные отличия трансудата и экссудата

Характеристики ПВ	Трансудат	Экссудат
Цвет	Серозный — бледно-желтый Гнойный — желто-зеленый Геморрагический — розовый Гнилостный — бурый Хилезный — белесоватый	Бледно-желтый
Прозрачность	Серозный — прозрачный Остальные — мутный	Прозрачный, опалесцирует
Запах	Отсутствует При гнилостном — зловонный	Отсутствует
Относительная плотность	< 1,015	> 1,015
Содержание белка	< 30 г/л	> 30 г/л
Реакция Ривальта	Отрицательная	Положительная
Соотношение содержания белка: выпот/сыворотка	< 0,5	> 0,5
Активность ЛДГ ПВ	< 1,6 ммоль/л·ч	> 1,6 ммоль/л·ч
Соотношение активности ЛДГ: выпот/сыворотка	< 0,6	> 0,6
Содержание глюкозы	> 3,33 ммоль/л	< 3,33 ммоль/л
Соотношение холестерина: выпот/сыворотка	< 0,3	> 0,3
Соотношение холестерина: выпот/сыворотка	< 0,6	> 0,6

Классификация ПВ с учетом локализации и распространенности:

- односторонние (правосторонний, левосторонний);
- двусторонние:
- ограниченные;
- распространенные;
- субтотальные;
- тотальные.

Ограниченные плевриты бывают свободными или осумкованными. В последнем случае плевриты подразделяют согласно их локализации:

- верхушечный;
- паракостальный;
- костодиафрагмальный;
- наддиафрагмальный;
- парамедиастинальный;
- междолевой.

Классификация по длительности существования ПВ:

- острые;
- подострые (затяжные);
- хронические.

Методика выполнения плевральной пункции при синдроме плеврального выпота. Больного усаживают на перевязочный стол; туловище его должно быть согнуто, а рука на стороне прокола приподнята. Типичным местом для пункции является VIII межреберье по задней подмышечной линии, однако, точку пункции следует определять только после позиционного рентгеновского исследования, которое позволяет уточнить локализацию спаек и наибольших скоплений воздуха. Диагностическую пункцию выполняют при помощи толстой иглы длиной 6–8 см.

После местной анестезии левой рукой врач фиксирует кожу, оттягивая ее по ребру книзу, а правой рукой производит вкол иглы непосредственно над верхним краем ребра. Иглу проводят на глубину 3–4 см строго по этому краю ребра, избегая этим возможности повреждения межреберного сосудисто-нервного пучка. Необходимо иметь в виду, что игла может пройти над выпотом в ткань легкого или проникнуть через реберно-диафрагмальный синус в брюшную полость. Чтобы избежать таких осложнений, необходимо сразу после прокола грудной стенки направить иглу несколько кверху, параллельно куполу диафрагмы. Если экссудат не появляется, делают повторный прокол в новом месте — выше или ниже. Убедившись, что игла находится в полости, присоединяют шприц и приступают к удалению содержимого. Для отсасывания больших скоплений экссудата пользуются 100-граммовым шприцем Жане или аппаратом для активной вакуум аспирации. На иглу насаживают переходную металлическую канюлю и присоединяют к ней резиновую трубку длиной 15–20 см, которую в свою очередь соединяют со шприцем или другим отсасывающим аппаратом. При отсо-

единении шприца от резиновой трубки последнюю сдавливают зажимом Кохера, чтобы в полость плевры не проникал воздух.

Медицинская документация. Заключение рентгенографии органов грудной клетки, данные УЗИ органов брюшной полости, результаты ОАК и анализ плеврального выпота для каждого сценария предоставляются в бумажном виде.

Нормативные и методические материалы, использованные для создания паспорта (источники информации):

1. Приказ учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» от 30.01.2020 № 50 «О подготовке к проведению объективного структурированного клинического экзамена».

2. Диагностические и лечебные пункции в хирургии: учеб.-метод. пособие / Г. Г. Кондратенко, О. А. Куделич, А. Д. Карман. Минск: БГМУ, 2016. 27 с.

3. Симуляционный тренинг по малоинвазивной хирургии: лапароскопия, эндоскопия, гинекология, травматология-ортопедия и артроскопия / под ред. В. А. Кубышкина, А. А. Свистунова, М. Д. Горшкова. Москва: РОСОМЕД, 2017. 216 с.

4. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 № 73.

Критерии оценивания действий экзаменуемого. В оценочном листе проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым: «Да» — действие было проведено, 1 балл; «Нет» — действие не было проведено, 0 баллов.

За правильное выполнение каждого действия (критерия соответствия) в чек-листе выставляется 1 балл, за неправильное выполнение действия в чек-листе выставляется 0 баллов. Положительная отметка выставляется студенту, набравшему не менее 7 баллов.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

Специальность Хирургические болезни

Дата _____ Номер кандидата _____

Номер сценария _____

Действие	Критерий оценки	Отметка о выполнении Да — 1 Нет — 0
1. Идентифицировать пациента, взять письменное согласие	Сказал	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Обработать руки перед началом осмотра, надеть перчатки	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Осмотреть левую половину грудной клетки	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Запросить рентгенограмму грудной клетки и сформулировать рентгенологический синдром	Сказал	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Определить хирургическую манипуляцию (плевральную пункцию) и подготовить необходимые для дренирования плевральной полости принадлежности	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Определить место пункции — VIII межреберье слева по задней подмышечной линии (гидроторакс) и II межреберье по средней подмышечной линии (пневмоторакс)	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Обработать антисептическим раствором грудную клетку пациента в области пункции дважды и обезболить место пункции 0,5 % раствором новокаина	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Выполнить пункцию плевральной полости с озвучиванием техники выполнения манипуляции и сообщить, что получил шприце (жидкость при гидротораксе, воздух при пневмотораксе)	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Назначить контрольную рентгенографию грудной клетки	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Сформулировать заключительный диагноз	Сказал	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

ФИО члена АК _____ Подпись _____

Отметка о внесении в базу (ФИО) _____

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или небезопасных, или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Дефектная ведомость

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»

Станция «Пункция плевральной полости»

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе	Номер экзаменуемого	Дата	Подпись члена экзаменационной комиссии
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе	Номер экзаменуемого	Дата	Подпись члена экзаменационной комиссии

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод экзамена _____

Ф.И.О. члена ЭК _____ Подпись _____

БАЗОВЫЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты лечебного факультета, завершившие обучение по программе 6-го курса учебной дисциплины «Хирургические болезни» для специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые практические навыки. В качестве основы оценки базовых эндохирургических навыков используется стандартная программа FLS — Fundamentals of Laparoscopic Surgery (основы лапароскопической хирургии). В настоящее время FLS принят в качестве начального курса подготовки и оценки субординаторов-хирургов, которая позволяет оценить правильность и точность выполнения 5 упражнений:

1. Перемещение колец со штырьков (Peg Transfer).
2. Иссечение круга по образцу (Pattern Cut).
3. Использование эндопетли (Endoloop).
4. Элементы наложения экстракорпорального шва (Extracorporeal Suture).
5. Элементы наложения интракорпорального шва (Intracorporeal Suture).

Продолжительность работы станции (табл. 1). Всего — 15–12 мин (на непосредственную работу — от 3 до 10 мин)

Таблица 1

Продолжительность работы станции

Действия экзаменуемого	Время начала действия	Время окончания действия	Продолжительность действия
Ознакомление с заданием (брифинг)	0 сек.	1 мин	1 мин
Работа на станции	1 мин	3–10 мин	4–11 мин
Окончание работы на станции	4–11 мин	5–12 мин	1 мин

Информация для организации работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК) (табл. 2).

Таблица 2

Рабочее место для членов (2) ЭК

Перечень оборудования	Количество
Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
Стул	2 шт.
Оценочные листы (чек-листы) в бумажном виде	По количеству экзаменуемых
Шариковая ручка	2 шт.

Рабочее место вспомогательного персонала (табл. 3).

Рабочее место вспомогательного персонала

Перечень оборудования	Количество
Стол рабочий для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
Стул для вспомогательного персонала, управляющего симуляционным оборудованием	1 шт.
Симуляционное оборудование / блоки необходимые для выполнения заданий (сценариев)	5 шт.

Рабочее место экзаменуемого. Целесообразно заранее объявить экзаменуемым о необходимости приходить на экзамен в медицинском халате, медицинской шапочке, со сменной обувью. Иметь при себе резиновые перчатки.

Информация по обеспечению работы станции. Помещение, имитирующее операционную, обязательно должно включать мебель и прочее оборудование:

Таблица 4

Перечень мебели и прочего оборудования для выполнения заданий

Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
Лапароскопический тренажер Гросс-СМИТ	1 шт.
Стандартный диссектор Мерилэнд, 5 мм	2 шт.
Платформа с 12 штырьками, 6 силиконовых призм	1 шт.
Пластиковая мега-клипса для фиксации салфетки	2 шт.
Ножницы Метценбаум, 5 мм	1 шт.
Платформа для крепления имитации ткани	2 шт.
Имитация ткани с отверстием и двумя метками (дренаж Пенроуза)	2 шт.
Иглодержатель, 5 мм	2 шт.
Толкатель узла с прорезью, 5 мм	2 шт.
Поролоновая форма с тремя отростками	1 шт.
Захватывающий окончатый зажим типа «Граспер» с кремальерой, 5 мм	1 шт.

Расходные материалы (табл. 5).

Таблица 5

Перечень расходных материалов

Перечень расходных материалов	Количество (на 1 задание)
Нетканая салфетка с маркировками двух окружностей	1 шт.
Плетеная нить 90 см / 2-0 на атравматической колющей игле 26 мл	1 шт.
Плетеная нить 2-0, длиной 60–80 см	1 шт.
Плетеная нить 15 см / 2-0 на атравматической колющей игле 26 мл	1 шт.

Симуляционное оборудование (табл. 6).

Симуляционное оборудование

Перечень симуляционного оборудования	Техническая характеристика симуляционного оборудования
Лапароскопический виртуальный тренажер Гросс-СМИТ	Тренажер размещен на передвижной стойке-тележке
	Тренажер имеет обратную визуальную связь
	Тренажер имеет обратную тактильную связь и тактильный отклик
	Тренажер снабжен 14 портами (9 инструментальных сверху и 5 по бокам)
	Имитатор лапароскопа оканчивается несъемной видеокамерой (варианты угла обзора 0 и 30 градусов). Имеется регулировка зума, что позволяет работать с переменным увеличением. Плоский ЖК-монитор

Членам экзаменационной комиссии, экзаменуемым и вспомогательному персоналу важно заранее сообщить об особенностях модели симулятора и принципах работы на нем.

Перечень заданий (сценариев) станции (табл. 7).

Таблица 7

Перечень заданий (сценариев) станции

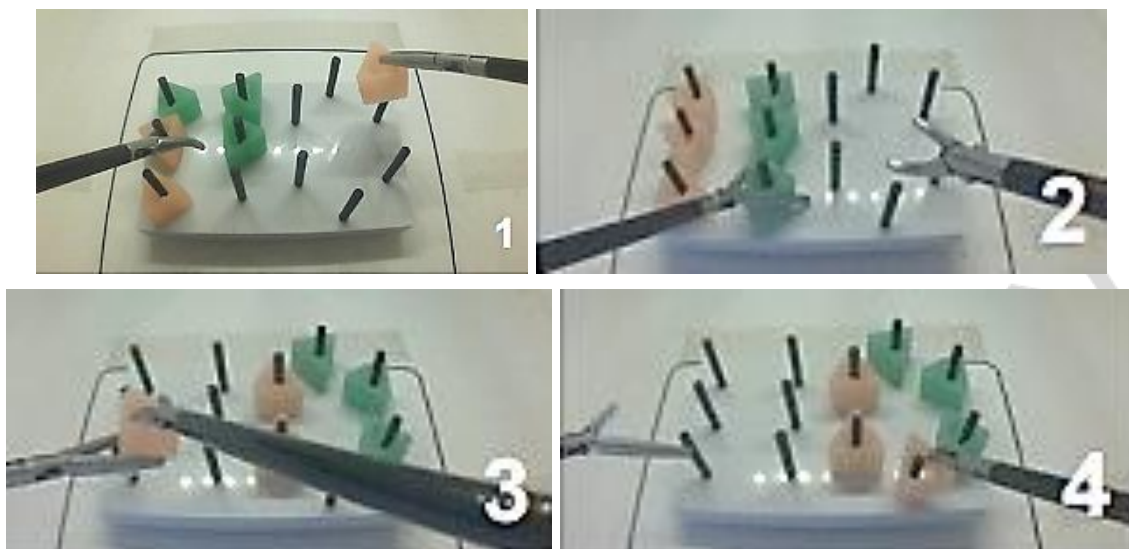
Сценарий (№ п/п)	Оценочный лист (чек-лист)	Задания
1	01	Перекладывание призм по штырькам
2	01	Точное иссечение ножницами круга по образцу
3	01	Формирование узла Рёдера и наложение эндопетли
4	01	Наложение экстракорпорального шва
5	01	Формирование интракорпорального шва

Информация для экзаменуемого (для всех сценариев). В качестве оценки выполнения студентами базовых эндохирургических навыков используется стандартная программа FLS — Fundamentals of Laparoscopic Surgery (основы лапароскопической хирургии). Во время выполнения задания одним из основных критериев оценки, кроме правильного его выполнения, будет учитываться фактор времени, в которое вам необходимо будет уложиться.

Задание № 1. Перекладывание призм по штырькам.

Выполнение задания. Платформа со штырьками (1) располагается в поперечном направлении, а шесть силиконовых призм размещаются на штырьках со стороны недоминантной руки. Диссектором в недоминантной руке захватывается призма и поднимается со штырька (2).

На весу она перехватывается инструментом доминантной руки, которым далее она одевается на любой штырек в противоположной половине подставки (3). Когда все 6 призм перемещены во вторую половину (4), упражнение выполняется в обратном порядке — призмы перемещаются со штырьков обратно на исходную позицию. Цвет призм, порядок переноса и перемещения, а также расположение штырьков (прямоугольник слева или справа) значения не имеют.



Старт: введение инструментов в тренажёр.

Финиш: извлечение инструментов из тренажёра.

Ошибки (учитываются в штрафных баллах, но задание не прекращается):

- падение призмы в зоне досягаемости инструментов;
- выпавшая из бранш призма выкатывается за пределы поля зрения или вне досягаемости инструмента;
- передача призм не на весу или поднимание призмы, упавшей до ее передачи, другим инструментом.

Также в этом и остальных заданиях инструктор обращает внимание обучающихся на эргономичность положения (осанка, локти опущены), просит для вращения ствола инструмента пользоваться колесом, а не всей рукой.

Нарушения (выполнение задания прерывается):

- нарушение последовательности выполнения задания;
- превышен лимит времени, отведенный на выполнение задания (300 с).

Объективная оценка:

Экспертное время = 48 с (данные общества SAGES).

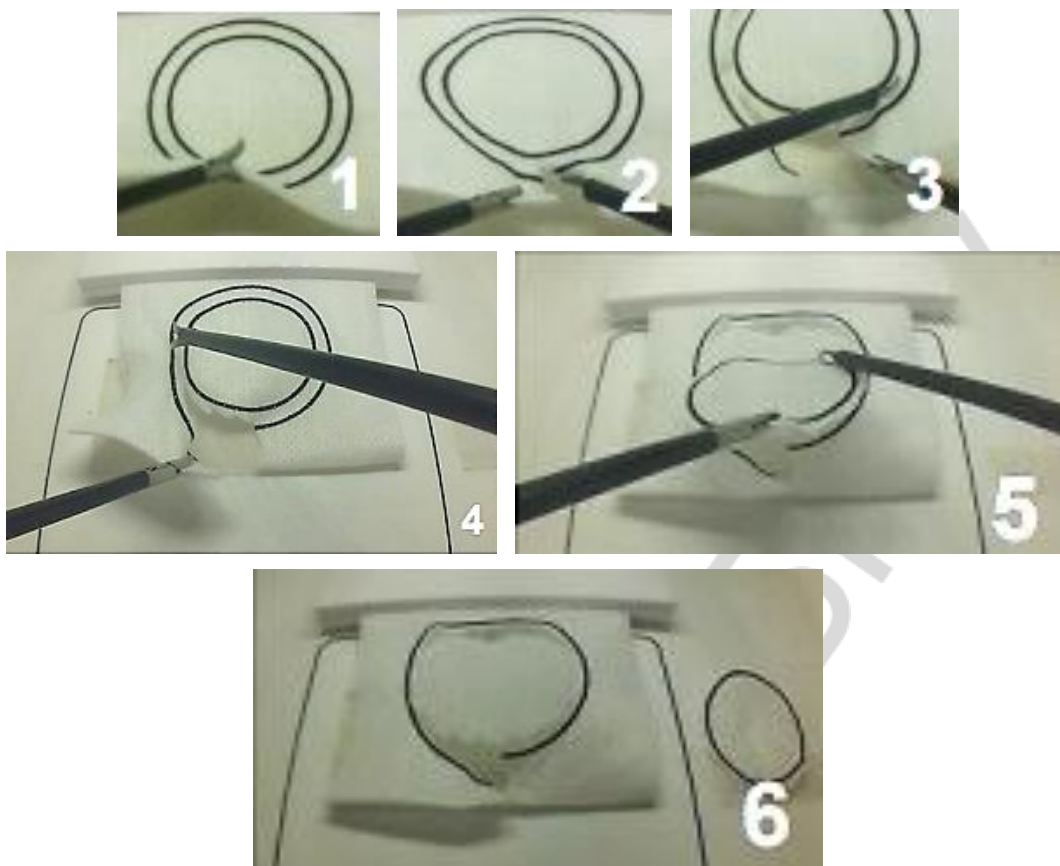
Зачетное время = 112 с (соотносится с данными курса E-BLUS).

Лимит времени на выполнение задания = 300 с (общество SAGES).

Задание № 2. Точное иссечение ножницами круга по образцу.

Выполнение задания. За минимальное время иссечь ножницами Метценбаум круг на салфетке в области между двумя маркированными окружностями (1). Диссектором Мэриленд в другой руке обеспечивается натяжение салфетки, оптимальные тракция и угол к оси лезвий ножниц. В начале задания ножницами произвольно надрезать ближний край салфетки и прорезать до маркировки (2). Иссечь круглый фрагмент ткани между маркировками, стараясь их не задеть (3). Инструменты могут быть в любой руке, смена рук допускается без ограничений (4, 5).

По завершению задания иссеченный круг укладывается рядом в поле зрения для видеоконтроля (6).



Старт: ведение инструментов в бокс.

Финиш: извлечение инструментов из тренажёра.

Ошибки (учитываются в штрафных баллах, но выполнение задания не прекращается): касание или выход за маркировочную линию (штрафные баллы равны проценту неточного иссечения от общей длины окружности).

Нарушения (задание прерывается):

- нарушены основные условия выполнения задания;
- салфетка в ходе упражнения высвобождается из клипсы;
- попытки повторной фиксации салфетки в клипсе руками;
- превышен лимит времени, отведенный на выполнение (300 с).

Объективная оценка. Точность иссечения: каждое касание черной маркировки или отклонение за пределы маркировки с любой стороны засчитывается за ошибку с начислением штрафных баллов.

Время выполнения задания:

Экспертное время = 98 с (данные общества SAGES).

Зачетное время = 118 с (совпадает с зачетным временем курса E-BLUS).

Лимит времени на выполнение задания = 300 с (данные общества SAGES).

Задание № 3. Формирование узла Рёдера и наложение эндопетли.

Выполнение задания. Имитация ткани с тремя отростками (поролоновая форма) фиксируется основанием в большой клипсе так, чтобы отростки свободно размещались в пространстве. В центральной части среднего отростка имеется маркировка шириной 1 мм. Предварительно экстракорпо-

рально формируется узел Рёдера, при этом время не учитывается. Вариант: возможно использование готовой петли Рёдера на пластмассовом одноразовом толкателе-проводнике узла.

Предварительное затягивание петли не допускается, длина нити петли должна быть не менее 10 см. В тренажер ввести толкатель с петлей Рёдера и захватывающий зажим. С его помощью необходимо накинуть петлю на центральный отросток (1) и затянуть петлю точно на области маркировки (2). Чтобы высвободить обе руки для работы с петлей допускается фиксация кремальеры зажима. После затягивания узла необходимо отсечь лигатуру ножницами (3) и извлечь толкатель.



Старт: введение инструмента или петли в тренажёр.

Финиш: извлечение инструментов из тренажёра.

Ошибки (учитываются в штрафных баллах, но задание не прекращается).

- неточно наложена лигатура (отклонение более 1 мм от маркировки);
- недотянут узел;
- распустился узел.

Нарушения (выполнение задания прерывается):

- неправильное выполнение упражнения;
- превышен лимит времени (180 с).

Объективная оценка:

Экспертное и зачетное время выполнения — 53 с (SAGES).

Лимит времени на выполнение задания = 180 с (SAGES).

Задание № 4. Наложение экстракорпорального шва.

Выполнение задания. На подставке закрепить дренаж Пенроуза с имитацией раны и двумя черными маркировками зон вкола и выкола иглой. В полость ввести два иглодержателя и полукруглую иглу длиной 26 мм с атравматически прикрепленной плетеной нитью 2-0 длиной 75–120 см, предпочтительнее 90 см. Необходимо точно через маркировки прошить «ткань» — дренаж Пенроуза (1), протянуть примерно половину длины нити через ткань и вывести вторую нить с иглой через тот же троакар. Над троакаром завязать первый одинарный полуузел, который затем опустить и затянуть толкателем (2).



Далее завязать и затянуть второй, а затем и третий полуузлы (3). Для формирования морского узла каждый последующий полуузел завязывается в противоположном направлении. После формирования и затягивания узла отсечь обе лигатуры — одновременно или каждую по отдельности (4) и извлечь их через троакар.



Старт: введение инструментов в тренажёр.

Финиш: извлечение инструментов из тренажёра.

Ошибки (учитываются в штрафных баллах, но задание не прекращается).

- при введении в полость захват за иглу, а не за нить;
- неправильное позиционирование иглы в браншах иглодержателя,
- прошивание не вращательным, а поступательным движением,
- нить протягивается без помощи второго инструмента;
- прошивание не точное (вкол или выкол далее 1 мм от маркировки),
- узел недотянут (заметен диастаз краев раны),
- полуузлы сформированы в одном направлении;
- при затягивании узла из-за чрезмерного усилия прорезается лигатура.

Нарушения (выполнение задания прерывается):

- из-за чрезмерного усилия дренаж отрывается от подставки;
- неправильное выполнение упражнения;
- превышен лимит времени (600 с).

Объективная оценка. Экспертное и зачетное время на выполнение = 136 с (SAGES). Лимит времени на выполнение задания = 600 с (SAGES).

Задание № 5. Формирование интракорпорального шва.

Выполнение задания. На подставке закрепляется дренаж Пенроуза («ткань»), имеющий имитацию раны и две маркировки зон вкола и выкола.

Иглодержателем ввести полукруглую атравматическую иглу с плетеной нитью 2-0 длиной 15 см. Необходимо прошить ткань точно по маркировкам, завязать первый двойной полуузел, затем два одинарных «с разных рук», формируя хирургический узел, закрепленный



поверх морским узлом. Формула узла: двойной-одинарный-одинарный полуузлы. Выполнение вкола-выкола допускается одним движением или несколькими. Завязывание узла можно начинать с любой руки. В ходе завязывания для правильного формирования узла ожидается, что курсант будет менять руки, перекладывая иглу с нитью из одного иглодержателя в другой. По завершении завязывания узла ножницами отсечь оба конца лигатуры — одновременно или по отдельности — и извлечь их из тренажёра.

Старт: введение инструментов в тренажёр.

Финиш: извлечение инструментов из тренажёра.

Ошибки (учитываются в штрафных баллах, но задание не прекращается):

- при введении в полость захват за иглу, а не за нить;
- неправильное позиционирование иглы в браншах иглодержателя;
- прошивание не вращательным, а поступательным движением;
- нить протягивается без помощи второго инструмента;
- прошивание не точное (вкол или выкол далее 1 мм от маркировки);
- узел недотянут (заметен диастаз краев раны);
- полуузлы сформированы в одном направлении;
- нарушена формула узла (двойной-одинарный-одинарный);
- при затягивании узла из-за чрезмерного усилия прорезается лигатура.

Нарушения (выполнение задания прерывается):

- из-за чрезмерного натяжения нити дренаж отрывается от подставки;
- неправильное выполнение упражнения;
- превышен лимит времени (600 с).

Объективная оценка. Экспертное и зачетное время выполнения = 112 с (валидация SAGES). Лимит времени = 600 с (SAGES).

Информация для экзаменаторов.

Описание задания № 1 «Перекладывание призм по штырькам». От студента ожидается, что он за минимальное время перенесет шесть призм с одной половины подставки на другую и обратно, соблюдая правила выполнения задания и не роняя призм. В ходе выполнения задания экзаменатору следует обратить внимание на следующие моменты:

- координация движений, взаимодействие двух инструментов;
- работа ротационным колесом (вращающимся барашком на рукоятке);
- пространственно-визуальная ориентация в пространстве по двумерному изображению — уверенное определение положения объекта в пространстве и расстояния до него для быстрого и точного перемещения инструмента в заданную позицию;
- компенсация фулькрум-эффекта (эффекта рычага), когда рабочий конец инструмента перемещается в направлении противоположном движению рукоятки инструмента;
- эргономичное положение тела и рук оператора.

Описание задания № 2 «Точное иссечение ножницами круга по образцу». От студента ожидается, что он за минимальное время точно иссечет круг между двумя маркировками. В ходе выполнения задания экзаменатору следует обратить внимание на следующие моменты:

- работа ножницами, рассечение ткани в разных направлениях, под различным углом в точно намеченной области;
- координация движений, взаимодействие инструментов;
- пространственно-визуальная ориентация в пространстве по двумерному изображению;
- работа ротационным колесом инструмента;

– компенсация фулькрум-эффекта (эффекта рычага).

Описание задания № 3 «Формирование узла Рёдера и наложение эндопетли». От студента ожидается, что он за минимальное время наложит петлю на отросток, затянет ее точно по метке и отсечет лигатуру. В ходе выполнения задания экзаменатору следует обратить внимание на следующие моменты:

- правильное экстракорпоральное формирование узла Рёдера;
- точное позиционирование петли по метке;
- затягивание узла с помощью толкателя точно по метке;
- координация движений, взаимодействие инструментов;
- бережное отношение к тканям;
- пространственно-визуальная ориентация;
- компенсация фулькрум-эффекта (эффекта рычага).

Описание задания № 4 «Наложение экстракорпорального шва». От студента ожидается, что он за минимальное время прошьет ткань сквозь метки, экстракорпорально завяжет три полуузла и затянет их толкателем, соблюдая технику безопасного прошивания и протягивания нити. В ходе выполнения задания экзаменатору следует обратить внимание на следующие моменты:

- безопасное введение иглы в брюшную полость;
- правильное позиционирование иглы в браншах;
- прошивание «ткани» вращательным движением;
- точное прошивание сквозь метки;
- протягивание нити с помощью второго инструмента;
- экстракорпоральное формирование узлов;
- затягивание узлов с помощью толкателя;
- координация движений, взаимодействие инструментов;
- пространственно-визуальная ориентация;
- компенсация фулькрум-эффекта (эффекта рычага).

Описание задания № 5 «Формирование интракорпорального шва». От студента ожидается, что он за минимальное время прошьет ткань по меткам, интракорпорально завяжет тройной хирургический узел, соблюдая правильную технику прошивания и затягивания узла. В ходе выполнения задания экзаменатору следует обратить внимание на следующие моменты:

- безопасное введение иглы в брюшную полость;
- правильное позиционирование иглы в браншах;
- прошивание «ткани» вращательным движением точно сквозь метки;
- протягивание нити с помощью второго инструмента;
- правильное интракорпоральное формирование узлов;
- бережное обращение с тканями, дозированное усилие и натяжение;
- координация движений, пространственно-визуальная ориентация, компенсация фулькрум-эффекта (эффекта рычага).

Медицинская документация. В данном паспорте экзаменационной станции медицинская документация не предусмотрена.

Нормативные и методические материалы, использованные для создания паспорта (источники информации):

1. Приказ учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» от 30.01.2020 № 50 «О подготовке к проведению объективного структурированного клинического экзамена».

2. Симуляционный тренинг базовых эндовидеохирургических навыков: учеб.-метод. пособие / Г. Г. Кондратенко, А. Д. Карман, О. А. Куделич. Минск: БГМУ, 2016. 16 с.

3. Базовый эндохирургический симуляционный тренинг и аттестация / М. Д. Горшков [и др.]. Москва: РОСОМЕД, 2018. 80 с.

4. Симуляционный тренинг по малоинвазивной хирургии: лапароскопия, эндоскопия, гинекология, травматология-ортопедия и артроскопия / под ред. В. А. Кубышкина, А. А. Свистунова, М. Д. Горшкова. Москва: РОСОМЕД, 2017. 216 с.

Критерии оценивания действий экзаменуемого. В оценочном листе проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым: «Да» — действие было проведено, 1 балл; «Нет» — действие не было проведено, 0 баллов.

При совершении (штрафные балы): «Да» — действие было совершено, 0 баллов; «Нет» — действие не было совершено, 1 балл.

За правильное выполнение каждого действия (критерия соответствия) в чек-листе выставляется 1 балл, за неправильное выполнение действия в чек-листе выставляется 0 баллов. Положительная отметка выставляется студенту, набравшему не менее 5 баллов.

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
«Перекладывание призм по штырькам»**

Специальность: хирургия № группы _____
Дата _____ Ф.И.О. кандидата _____
Номер задания _____

Действие	Критерий оценки	Оценка о выполнении
1. Сохранение эргономического положения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Упавшие призмы в зоне досягаемости инструментов	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Упавшие призмы вне зоны досягаемости инструментов	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Правильное владение инструментами	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Задание выполнено уверенно	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Время выполнения задания — менее 300 секунд	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. членов АК		<i>Подпись</i>
		<i>Подпись</i>

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
«Точное иссечение ножницами круга по образцу»

Специальность: хирургия № группы _____
 Дата _____ Ф.И.О. кандидата _____
 Номер задания _____

Действие	Критерий оценки	Оценка о выполнении
1. Сохранение эргономического положения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Касание черной маркировки	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Отклонение за пределы маркировки	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Превышение лимита времени	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Точность иссечения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Время выполнения задания — менее 300 секунд	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. членов АК		<i>Подпись</i>
		<i>Подпись</i>

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
«Формирование узла Рёдера и наложение эндопетли»

Специальность: хирургия № группы _____
 Дата _____ Ф.И.О. кандидата _____
 Номер задания _____

Действие	Критерий оценки	Оценка о выполнении
1. Сохранение эргономического положения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Неточно наложена лигатура (отклонение более 1 мм от маркировки)	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Недотянут узел	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Распустился узел	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Задание выполнено уверенно	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Время выполнения задания — менее 180 секунд	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. членов АК		<i>Подпись</i>
		<i>Подпись</i>

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
«Наложение экстракорпорального шва»**

Специальность: хирургия № группы _____
 Дата _____ Ф.И.О. кандидата _____
 Номер задания _____

Действие	Критерий оценки	Оценка о выполнении
1. Сохранение эргономического положения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Узел недотянут (заметен диастаз краев раны)	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Полуузлы сформированы в одном направлении	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. При затягивании узла из-за чрезмерного усилия прорезается лигатура	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Задание выполнено уверенно	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Время выполнения задания — менее 600 секунд	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. членов АК		<i>Подпись</i>
		<i>Подпись</i>

**ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
«Формирование интракорпорального шва»**

Специальность: хирургия № группы _____
 Дата _____ Ф.И.О. кандидата _____
 Номер задания _____

Действие	Критерий оценки	Оценка о выполнении
1. Сохранение эргономического положения	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Прошивание не точное (вкол или выкол далее 1 мм от маркировки)	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Узел недотянут (заметен диастаз краев раны)	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Полуузлы сформированы в одном направлении	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Нарушена формула узла (двойной-одинарный-одинарный)	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. При затягивании узла из-за чрезмерного усилия прорезается лигатура	Совершил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Задание выполнено уверенно	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Время выполнения задания — менее 600 секунд	Выполнил	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. членов АК		<i>Подпись</i>
		<i>Подпись</i>

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или небезопасных, или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Дефектная ведомость

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»

Станция «Базовые эндохирургические навыки»

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе	Номер экзаменуемого	Дата	Подпись члена экзаменационной комиссии

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод экзамена _____

Ф.И.О. члена ЭК _____ Подпись _____

ОФОРМЛЕНИЕ РЕЦЕПТА ВРАЧА

(в соответствии с клинико-фармакологическим сценарием)

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оформление рецепта врача в соответствии с предложенным клинико-фармакологическим сценарием.

Продолжительность работы станции. Всего — 12 мин (на непосредственную работу — 10 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
8,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	10 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	11 мин
1 мин — смена экзаменуемых	12 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым умения оформлять рецепт врача в соответствии с предложенным клинико-фармакологическим сценарием.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Шариковая ручка.
4. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать рабочее помещение (кабинет врача) и включать оборудование (оснащение):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Шариковая ручка.
4. Рецепттурные бланки.
5. Настенные часы с секундной стрелкой.
6. На стене висит бумага с указанием адреса места действия, этаж и номер кабинета.

Расходные материалы: рецептурные бланки.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

Сценарий №	Номер оценочного листа (чек-листа)	Ситуация (сценарий)	Раздел компетенций Уметь оформлять рецепт врача заданной клинической ситуацией
1.		Гипертонический криз	Оформить рецепт на ингибитор АПФ, который можно использовать для купирования гипертонического криза
2.		Гипертонический криз	Оформить рецепт на селективный агонист имидазолиновых рецепторов
3.		Артериальная гипертензия	Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения артериальной гипертензии из группы бета-адреноблокаторов
4.		Артериальная гипертензия в сочетании со стенокардией напряжения	Оформить рецепт на лекарственное средство, обладающее неизбирательным β 1-адреноблокирующим и селективным α 1-адреноблокирующим действием
5.		Артериальная гипертензия	Оформить рецепт на лекарственное средство из группы ингибиторов АПФ, не являющееся пролекарством
6.		Артериальная гипертензия	Оформить рецепт на лекарственное средство из группы кардиоселективных бета1-адреноблокаторов длительного действия, модулирующий высвобождение NO
7.		Артериальная гипертензия	Оформить рецепт на антигипертензивное средство из группы тиазидоподобных диуретиков
8.		Артериальная гипертензия беременных	Оформить рецепт на лекарственное средство первой линии, применяемое для лечения артериальной гипертензии при беременности
9.		Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST	Оформить рецепт на антиагрегант, ингибитор АДФ-зависимого связывания фибриногена с рецепторами тромбоцитов (пролекарство)
10.		Дилатационная кардиомиопатия; постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии (NYHA III ФК)	Оформить рецепт на сердечный гликозид для лечения хронической сердечной недостаточности в таблетированной форме

Сценарий №	Номер оценочного листа (чек-листа)	Ситуация (сценарий)	Раздел компетенций Уметь оформлять рецепт врача заданной клинической ситуацией
11.		Грипп	Оформить рецепт на противовирусное лекарственное средство, избирательно блокирующее нейроминидазу
12.		Внебольничная пневмония	Оформить рецепт на антибиотик из группы азалидов
13.		Внебольничная пневмония	Оформить рецепт на антибиотик из группы аминопенициллинов для лечения внебольничной пневмонии, применяемый перорально
14.		Реактивный (хламидийный) артрит	Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения хламидиальной инфекции из группы макролидов
15.		Ревматоидный артрит, обострение	Оформите рецепт на глюкокортикоидное лекарственное средство средней продолжительности действия, обладающее низкой минералокортикоидной активностью
16.		Хроническая обструктивная болезнь легких	Оформить рецепт на ингаляционный бронхолитик, блокирующий М-холинорецепторы
17.		Язва 12-перстной кишки	Оформить рецепт на H ₂ -блокатор для лечения язвы 12-перстной кишки
18.		Кандидоз кишечника	Оформить рецепт на полиеновый антибиотик для лечения кандидоза кишечника
19.		Кандидоз ЖКТ	Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения кандидоза из группы имидазолов
20.		ГЭРБ	Оформить рецепт на прокинетику, применяемую при рефлюкс-эзофагите
21.		Атопический дерматит	Оформить рецепт на блокатор H ₁ -гистаминовых рецепторов, являющийся активным метаболитом лоратадина

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач общей практики поликлиники. К вам обратился пациент, которому в соответствии с клинико-фармакологическим сценарием требуется оформить рецепт врача на необходимое в данной клинической ситуации лекарственное средство.

Сценарий № 1. Пациент А., 54 года. Клинический диагноз: артериальная гипертензия II ст., риск 3. Постоянно принимает лизиноприл, индапамид. Сегодня отмечает внезапное повышение АД до 190/100 мм рт. ст., тошноту, головную боль. ЧСС — 66 уд./мин.

Оформить рецепт на ингибитор АПФ, который можно использовать для купирования гипертонического криза.

Сценарий № 2. Пациент А., 45 лет. Периодически в течение 1 года повышается АД до 180/100 мм рт. ст. Регулярно лекарств не принимает. Сегодня жалуется на головную боль, тошноту, АД — 180/10 мм рт. ст., ЧСС — 70 уд./мин.

Оформить рецепт на селективный агонист имидазолиновых рецепторов для купирования гипертонического криза.

Сценарий № 3. Пациент А., 54 года. Жалуется на повышение АД в течение 4 лет, периодическую головную боль. Постоянно принимает валсартан, индапамид. В анамнезе ангионевротический отек при приеме ингибитора АПФ. Периодически отмечает повышение АД до 180/100 мм рт. ст., головную боль, ЧСС — 86 уд./мин. Клинический диагноз: Артериальная гипертензия II ст., риск 3.

Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения артериальной гипертензии из группы бета-адреноблокаторов длительного действия без вазодилатирующего эффекта.

Сценарий № 4. Пациент А., 53 года. Жалуется на повышение АД в течение 8 лет, которое периодически повышается до 175/100 мм рт. ст. Отмечает давящие боли за грудиной при увеличении темпа ходьбы, проходящие при остановке, одышку при физической нагрузке. На момент осмотра ЧСС — 86 уд./мин. АД — 155/90 мм рт. ст. Клинический диагноз: артериальная гипертензия II ст., риск 4. ИБС: стенокардия напряжения, ФК II. ХСН, ФК 2.

Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения артериальной гипертензии, обладающее неизбирательным β 1-адреноблокирующим и селективным α 1-адреноблокирующим действием.

Сценарий № 5. Пациент Б., 54 года. Жалобы на повышение АД в течение 4 лет, головную боль. Постоянно принимает амлодипин, индапамид. В последнее время давление стало повышаться на фоне принимаемого лечения до 180/100 мм рт. ст. Клинический диагноз: артериальная гипертензия II ст., риск 3.

Оформить рецепт на лекарственное средство из группы ингибиторов АПФ, не являющееся пролекарством.

Сценарий № 6. Пациент Ж., 57 лет, с диагнозом: Артериальная гипертензия II, риск 2, длительно принимает лизиноприл 10 мг утром. Дневные показатели артериального давления превышают целевые.

Оформить рецепт на второе антигипертензивное средство из группы тиазидоподобных диуретиков.

Сценарий № 7. Пациент А., 63 лет, принимает рамиприл в дозе 5 мг в сутки по поводу повышенного артериального давления. Периодически жалуется на приступы стенокардии. На ЭКГ частота сердечных сокращений — 85 уд./мин.

Оформить рецепт на кардиоселективный бета1-адреноблокатор длительного действия, модулирующий высвобождение NO.

Сценарий № 8. Пациентка П., 38 лет, беременность 20 недель. До беременности иногда повышалось артериальное давление до 150/95 мм рт. ст. Регулярно не лечилась. Со второго триместра беременности стала фиксировать значения АД до 160/100 мм рт. ст. Сегодня жалуется на головную боль, АД — 180/100 мм рт. ст., ЧСС — 74 уд./мин.

Оформить рецепт на лекарственное средство первой линии, применяемое для лечения артериальной гипертензии при беременности.

Сценарий № 9. Пациент Д., 54 лет, поступил в стационар с диагнозом: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Ему было проведено аортокоронарное шунтирование.

Оформить рецепт на антиагрегант, ингибитор АДФ-зависимого связывания фибриногена с рецепторами тромбоцитов (пролекарство), которое используется в комбинации с ацетилсалициловой кислотой для профилактики атеротромботических осложнений.

Сценарий № 10. Пациентка Н., 58 лет, жалуется на одышку в покое, при осмотре отмечается цианоз, отеки нижних конечностей, тоны сердца аритмичны, ЧСС — 72–98 уд./мин, выслушиваются хрипы в лёгких. Фракция выброса левого желудочка по данным ЭХО-КГ — 32 %. Клинический диагноз: Дилатационная кардиомиопатия. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии, NYHA III ФК.

Оформить рецепт на сердечный гликозид для лечения хронической сердечной недостаточности в таблетированной форме.

Сценарий № 11. Пациент Д., 57 лет. Жалуется на боли в мышцах, головную боль, повышение температуры до 39 °С. Катаральных явлений нет. Заболел внезапно после работы. Участковый врач на основании клиники и эпидемиологической обстановки предположил, что у пациента грипп.

Оформить рецепт на противовирусное лекарственное средство, избирательно блокирующее нейроминидазу.

Сценарий № 12. У пациента К., 44 лет, выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя пневмония. ДН 0. В анамнезе непереносимость препаратов группы пенициллинов.

Оформить рецепт на антибиотик из группы азалидов для лечения пневмонии.

Сценарий № 13. Пациентка Г., 36 лет. Клинический диагноз: Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 0.

Оформить рецепт на антибиотик из группы аминопенициллинов для лечения внебольничной пневмонии, применяемый перорально.

Сценарий № 14. Пациент Т., 52 года. Жалобы на повышение температуры до 37,6–38 °С, боли в правом коленном суставе, суставах пальцев стопы, мышечные боли в области поясницы. Проведенное ПЦР-исследование выявило наличие асимптоматического урогенитального хламидиоза. Выставлен диагноз: Реактивный (хламидийный) артрит.

Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения хламидиальной инфекции из группы макролидов.

Сценарий № 15. Пациентка И., 44 лет. Страдает 5 лет ревматоидным артритом. В качестве базисной терапии принимает метотрексат. Несколько дней назад после перенесенной вирусной инфекции усилились боли в лучезапястных и голеностопных суставах, появилась припухлость правого коленного сустава.

Оформить рецепт на глюкокортикоидное лекарственное средство средней продолжительности действия, обладающее низкой минералокортикоидной активностью.

Сценарий № 16. Пациент В., 68 лет. Жалобы на экспираторную одышку, кашель с трудноотделяемой мокротой, ЧД — 19–20 в 1 мин, t — 36,7 °С. Курит более 20 лет до 15–20 сигарет в день более 20 лет. Диагноз: ХОБЛ. ДН2.

Оформить рецепт на ингаляционный бронхолитик, блокирующий М-холинорецепторы для длительной терапии.

Сценарий № 17. Пациент С., 48 лет. Жалобы на изжогу, боли в области эпигастрия, кислую отрыжку, срыгивание, тошноту, дискомфорт после приема пищи. Фиброгастроскопически — язва 12-перстной кишки.

Оформить рецепт на H2-блокатор для лечения язвы 12-перстной кишки.

Сценарий № 18. Пациент В., 46 лет. Находился на лечении в пульмонологическом отделении по поводу полисегментарной левосторонней пневмонии. Принимал вначале амоксициллин, затем левофлоксацин. Появились жалобы на частый жидкий стул, метеоризм, наличие в стуле творожистых хлопьев белого цвета. Установлен диагноз: Кандидоз кишечника.

Оформить рецепт на полиеновый антибиотик в таблетированной форме для лечения кандидоза кишечника.

Сценарий № 19. Пациент Т., 52 года. У пациента после антибактериальной терапии появились жалобы на частый неустойчивый стул, боли по ходу кишечника. В копрограмме — грибы рода *Candida*. Клинический диагноз: Кандидоз ЖКТ.

Оформить рецепт на лекарственное средство для лечения кандидоза из группы имидазолов.

Сценарий № 20. Пациент С., 48 лет. Жалобы на изжогу, боли в области эпигастрия, кислую отрыжку, срыгивание, тошноту, дискомфорт после приема пищи, метеоризм. После проведения ФГДС выставлен диагноз: ГЭРБ.

Оформить рецепт на прокинетику в таблетированной форме, для лечения рефлюкс-эзофагита.

Сценарий № 21. У пациента И., 32 лет, в анамнезе atopический дерматит. Накануне появилась сыпь в виде крапивницы в области лица и шеи, зуд.

Оформить рецепт на блокатор H1-гистаминовых рецепторов для лечения аллергических дерматитов, являющийся активным метаболитом лоратадина.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, наличие клинико-фармакологического сценария).
2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно заполняется дефектная ведомость после окончания сценария (в случае необходимости).

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (клинико-фармакологическим сценарием) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, оформляя рецепт врача в соответствии предложенным клинико-фармакологическим сценарием.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Закон Республики Беларусь от 17 ноября 2014 г. № 203-3 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О лекарственных средствах».

3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 2019 г. «Об утверждении инструкции о порядке выписки рецепта врача и создания электронных рецептов врача».

4. Учебная программа учреждения высшего образования по учебной дисциплине «Клиническая фармакология» для специальности 1-79 01-01 «Лечебное дело». Утверждена 08.10.2018 г.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: «Да» — действие было произведено; «Нет» — действие не было произведено.

В случае демонстрации экзаменуемым невнесенных в пункты оценочного листа важных действий и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных ненужных действий. Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

Специальность Лечебное дело

ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Станция «Оформление рецепта врача (в соответствии с клинико-фармакологическим сценарием)»

Действие	Отметка о выполнении да/нет
1. Указать дату выписки рецепта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Указать инициалы пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Указать возраст пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Указать фамилию и инициалы врача	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Указать название лекарственного средства (латынь, русский, белорусский язык)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Указать форму лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Указать количество лекарственного средства в лекарственной форме	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Указать количество отпускаемого лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Указать однократную дозу приема лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Указать кратность приема лекарственного средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Поставить личную подпись врача	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Указать срок действия настоящего рецепта	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
13	10 (десять)	7-8	5 (пять)
12	9 (девять)	5-6	4 (четыре)
11	8 (восемь)	3-4	3 (три)
10	7 (семь)	1-2	2 (два)
9	6 (шесть)	0	1 (один)

Дефектная ведомость для экзаменационной станции «Оформление рецепта врача (в соответствии с клинико-фармакологическим сценарием)» объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет лечебный _____ группа _____ дата _____

№	Список неправильных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующий ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса (субординатура «Общая врачебная практика» и «Терапия»), прошедшие учебную дисциплину «Поликлиническая терапия» и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» (субординатура «Общая врачебная практика» и «Терапия»).

Проверяемые компетенции. Умение составить индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии в соответствии с инструкцией о порядке проведения диспансеризации (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12 августа 2016 г., № 96).

Продолжительность работы станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
6,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым практического навыка по составлению индивидуального плана прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать рабочее помещение (кабинет врача общей практики) и включать оборудование (оснащение):

1. Стол рабочий.

2. Стул.

3. Компьютер с установленной программой «Электронная медицинская карта амбулаторного больного» (при возможности).

Расходные материалы:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (форма 025у/-07).

2. Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях (форма № 025-3/у-07).

3. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок (форма № 058/у).

4. Медицинская справка о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10).

5. Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10).

6. Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет (форма 131/у-ДВ).

7. Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет (форма 131/у-ДР).

8. Индивидуальный план прохождения диспансеризации (форма утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 12.08.2016 г., № 96).

9. Листок нетрудоспособности (бланк строгой отчетности) и Справка о временной нетрудоспособности.

10. Направление на медико-социальную экспертизу (форма № 2-мсэ/у-09).

11. Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) (форма 106/у-10).

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии	Умение составить индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач общей практики городской поликлиники г. Минска. Сегодня 25.05.2020 (понедельник). На прием к вам пришел пациент Иванов Иван Иванович, 42 года. С 11.05. по 22.05.2020 г. он находился на лечении в УЗ «б-я городская клиническая больница». Диагноз эпикриза: внебольничная пневмония средней степени тяжести с локализацией в нижней доле правого легкого (клиническое выздоровление), ДН 0.

До заболевания пациент Иванов И. И. относился к группе диспансерного учета ДП и в декабре 2019 г. прошел все необходимые обследования в соответствии с планом диспансеризации.

Составьте индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом в 2020 году.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, наличие нужного сценария).
2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, составляя индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии. Важно соблюсти последовательность действий — определить принадлежность к диспансерной группе, продолжительность наблюдения, частоту осмотров.

Пример оформления бланка «Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом».

Вид патологии: Внебольничная пневмония средней степени тяжести с локализацией в нижней доле правого легкого (клиническое выздоровление), ДН 0. Группа диспансерного наблюдения — Д III. Продолжительность наблюдения — 1 год Частота осмотров — 2 раза в год.

Приложение 1
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
Форма

Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом

Иванов Иван Иванович

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента в 2020 году

Медицинские вмешательства (обследования), которые должны быть проведены пациенту при прохождении диспансеризации		Информация о проведении данных медицинских вмешательств (обследований) пациенту	
Название медицинского вмешательства (обследования)	Дата, когда назначено проведение медицинского вмешательства (обследования)	Название проведенного медицинского вмешательства (обследования)	Дата проведения указанного медицинского вмешательства (обследования) и подпись медицинского работника, его проводившего
Медицинский осмотр	22.06.2020 и 22.05.2021		
Рентгенография ОГК	22.06.2020 и 22.05.2021		

С индивидуальным планом прохождения мною диспансеризации ознакомлен(а)

_____ подписью, фамилия, инициалы пациента или его законного представителя

_____ 20 ____ г.

Перечислите методы исследования, которые могут быть назначены по показаниям: общий анализ крови (ОАК), общий анализ мокроты, спирометрия.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21631254>. Дата доступа: 25.02.2020.

3. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 27 фев. 2018 г., № 177. Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT_ID=328222. Дата доступа: 25.02.2020.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: «Да» — действие было произведено; «Нет» — действие не было произведено.

В случае демонстрации экзаменуемым невнесенных в пункты оценочного листа важных действий или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных нерегламентированных действий. Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

Специальность Лечебное дело

ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Станция «Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии»

Действие	Отметка о выполнении да/нет
1. Среди бланков документов найти бланк «Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом»	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Сформулировать вид патологии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Определить группу диспансерного учета	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Определить продолжительность наблюдения в соответствии с патологией	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Определить частоту осмотров (количество в год)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Указать фамилию, имя и отчество пациента	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Указать название и дату медицинского вмешательства (обследования — «Медицинский осмотр» (22.06.2020 и 22.05.2021)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Указать название и дату медицинского вмешательства (обследования — «Рентгенография органов грудной клетки» (22.06.2020 и 22.05.2021)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Студент озвучил необходимость ознакомления с планом диспансеризации пациента под роспись	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Студент указал ОАК как метод исследования, который может быть назначен по показаниям	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Студент указал общий анализ мокроты как метод исследования, который может быть назначен по показаниям	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Студент указал спирометрию как метод исследования, который может быть назначен по показаниям	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Не использовались не показанные методы обследования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Экзаменуемый не проводил нерегламентированные действия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
14	10 (десять)	5	5 (пять)
13–11	9 (девять)	4	4 (четыре)
10–9	8 (восемь)	3	3 (три)
8–7	7 (семь)	2	2 (два)
6	6 (шесть)	1	1 (один)

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

Дефектная ведомость
Для экзаменационной станции «Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии»
объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующей ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ С ЦЕЛЮ ВЕРИФИКАЦИИ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса, прошедшие врачебную клиническую производственную практику, и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оценить алгоритм действий физикального обследования пациента с избыточной массой тела или ожирением. Провести клиническую интерпретацию полученных данных, назначить необходимый объем обследований, оценить навыки умения пользования глюкометром и дальнейших диагностических действий с целью верификации основных компонентов метаболического синдрома, определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8,5 мин).

1 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	0,5 мин
14 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	7,5 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым умений физикального обследования, пользования глюкометром, оценке и интерпретации данных, поставить предварительный клинический диагноз, назначить необходимый объем обследований и определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии:

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемых. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна включать оборудование (оснащение), необходимое для одновременной сдачи экзамена двумя экзаменуемыми:

1. Стол рабочий — 2 шт.
2. Стул — 2 шт.
3. Настенные часы с секундной стрелкой.
4. Раковина, средства для обработки рук, приспособление для высушивания рук (возможна имитация).
5. Сантиметровая лента — 2 шт.
6. Тонометр медицинский с фонендоскопом — 2 шт.
7. Глюкометр с ланцетом — 2 шт. и тест-полосками.
8. Калькулятор.
8. Листы с текстом экзаменационных заданий.
5. Бланки ответов для заполнения экзаменуемыми.

Экзаменуемые приходят в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь), при себе имеют шариковую ручку.

Расходные материалы:

1. Антисептические салфетки для обработки олив стетофонедоскопа (по 1 шт. на каждую попытку экзаменуемого).
2. Тест-полоски для глюкометра (по 1 шт. на каждую попытку экзаменуемого).
3. Иглы для ланцета (по 1 шт. на каждую попытку экзаменуемого).

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Пациент с компонентами метаболического синдрома	Готовность провести физикальное обследование пациента и определение гликемии с помощью глюкометра

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач общей практики поликлиники. К вам пришла пациентка 65 лет с лишним весом, жалобами на повышение массы тела за последние 10 лет на 20 кг, общую слабость, периодически головную боль, сухость во рту.

В анамнезе: отягощенная наследственность (сахарный диабет 2-го типа у мамы, инсульт в 50 лет у папы).

При осмотре: пациентка гиперстенического телосложения, состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, на задней поверхности шеи гиперпигментация кожи. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС — 88 уд./мин, АД — 160/90 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Пальпация органов брюшной

полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Мо-
чеиспускание, стул без особенностей.

Вопросы:

1. Составьте план обследования пациента.
2. Что включает осмотр пациента?
2. Какие лабораторные показатели необходимо включить в обследование пациента?
3. Какие инструментальные обследования необходимо включить в обследование пациента?
4. Назовите предполагаемый(мые) диагноз(ы)
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Предложите план лечения пациента.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия письменных заданий и бланков ответов.
3. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет.
4. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид.

2. После выхода экзаменуемых пригласить следующих экзаменуемых.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие письменных заданий и бланков ответов).
2. Подготовка оценочных листов (чек-листов), сверка персональных данных (ФИО).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации ответов экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, физикальное обследование пациента с избыточной массой тела или ожирением, назначение необходимого объема обследований и навыки умения пользования глюкометром.

План действий при осмотре пациента:

1. *Оценить внешний вид пациента* (цвет кожных покровов, особенности телосложения и отложения подкожно-жировой клетчатки).

Раздев пациента до пояса оценить его телосложение (нормо-, гиперстеническое), окраску кожных покровов (гиперпигментация), наличие или отсутствие стрий, распределение подкожно-жировой клетчатки.

2. *Измерить окружность талии с оценкой ее показателя.* Окружность талии следует измерять в средней точке между нижним краем последнего прощупываемого ребра и верхней части гребня позвоночной кости. В норме окружность талии у женщин 80 см, у мужчин — 94 см.

3. *По параметрам пациента (рост и вес) рассчитать индекс массы тела и оценить степень ожирения.* Для диагностики ожирения используется индекс массы тела (ИМТ), согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Индекс рассчитывается как отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах (кг/м²):

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} : \text{рост (м)}^2$$

Классификация ожирения с учетом ИМТ представлена в табл. 2.

Таблица 2

Определение избыточной массы тела и степени ожирения

Тип массы тела	ИМТ, кг/м ²
Нормальная масса тела	18,5–24,9
Избыточная масса тела	25,0–29,9
Ожирение 1 степени	30,0–34,9
Ожирение 2 степени	35,0–39,9
Ожирение 3 степени	Более 40,0

4. *Определить уровень глюкозы с помощью глюкометра:*

- обработать руки дезинфицирующим средством или вымыть с мылом;
- вставить тест-полоску в прибор;
- сделать прокол с помощью ланцета, настроив на необходимую глубину прокола, на безымянном пальце правой или левой руки;
- первую каплю крови надо вытереть, вторую каплю капнуть на тест-полоску, которая вставлена в глюкометр;
- через секунды по показателям на дисплее оценить результаты;
- после того как результат получен, полоску нужно вынуть и выбросить, глюкометр выключить.

5. *Измерить артериальное давление.*

6. *Определить план дополнительных обследований и рекомендаций:*

- общий анализ крови;
- определение гликемии по капиллярной крови;

- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови с оценкой глюкозы, билирубина, мочевой кислоты, ГГТП, АсАТ, АлАТ, амилаза, ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, КА, гликированного гемоглобина, креатинина;
- электрокардиограмма;
- УЗИ органов брюшной полости.

6. *Определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).*

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с заболеваниями эндокринной системы при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 764 от 02.07.2013.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью балльной оценки: выполнено — да; не выполнено — нет. Для общей оценки ответа экзаменуемого используется переводная шкала.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
станция «Физикальное обследования пациента
с избыточной массой тела или ожирением целью верификации
основных компонентов метаболического синдрома»

Специальность Лечебное дело

Ф.И.О. аттестуемого _____

Дата _____

Действие	Отметка о выполнении да/нет
1. Установление контакта с пациентом (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Провести осмотр кожных покровов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Гигиеническая обработка рук мед. персонала до начала манипуляции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Измерить окружность талии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Правильно оценить состояние абдоминальной жировой ткани	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Провести расчет индекса массы тела	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Выполнить определение гликемии с помощью глюкометра	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Правильно интерпретировать результаты гликемии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Правильно составить план лабораторных методов исследования с целью верификации основных компонентов метаболического синдрома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Правильно составить план инструментальных методов исследования с целью верификации основных компонентов метаболического синдрома	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Определить лечебную тактику в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Экзаменуемый комментирует свои действия вслух (демонстрирует навык работы в команде)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Экзаменуемый не проводил нерегламентированных и небезопасных действий	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Сумма баллов:	
Отметка по 10-балльной шкале цифрами и прописью:	

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
13	10 (десять)	7	5 (пять)
12	9 (девять)	5–6	4 (четыре)
11	8 (восемь)	3–4	3 (три)
8–9	7 (семь)	2	2 (два)
8	6 (шесть)	1	1 (один)

ФИО члена АК _____

 Должность и расшифровка подписи

Дефектная ведомость
для экзаменационной станции «Физикальное обследования пациента
с избыточной массой тела или ожирением целью верификации
основных компонентов метаболического синдрома»
объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующий ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ПАЛЬЦЕВОЕ РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Проведение пальцевого ректального обследования пациента с целью получения информации о состоянии прямой кишки, предстательной железы для установления диагноза.

Оценка состояния кожи в области анального отверстия, сфинктера анального отверстия, слизистой оболочки анального канала и прямой кишки, предстательной железы, характера отделяемого прямой кишки и цвет каловых масс.

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8,5 мин).

0,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	0,5 мин
7,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым алгоритма ректального обследования пациента с подозрением на заболевание прямой кишки, предстательной железы. Интерпретация полученных данных и описание выявленных изменений в соответствующей форме.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены

Рабочее место члена экзаменационной комиссии:

1. Стол.
2. Стул.
3. Чек-листы на бумажном носителе.
4. Шариковая ручка.
5. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) в электронном виде.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание экзаменуемому. Станция должна имитировать кабинет врача-хирурга и включать оборудование:

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Кушетка/стол для размещения симулятора ректального исследования.
4. Столик манипуляционный для подготовки и выполнения процедуры.

5. Шкаф для хранения ЛС.
6. Укладки по синдромной экстренной медицинской помощи.
7. Раковина с однорычажным механизмом.
8. Настенный держатель с матерчатым полотенцем.
9. Держатель с одноразовыми полотенцами.
10. Диспенсер/локтевой дозатор с жидким рН-нейтральным мылом для мытья рук.

11. Диспенсер/локтевой дозатор с антисептиком для гигиенической и хирургической антисептики рук медицинского работника.

12. Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

13. Клеенка 150 × 80 см.

14. Контейнеры (емкости) для проведения дезинфекционных мероприятий (с перфорированным решетом, гнетом и крышкой) промаркированные:

№ 1 — для промывания в рабочем растворе химического средства дезинфекции шприцев, других ИМН.

№ 2 — для дезинфекции в рабочем растворе химического средства дезинфекции на время экспозиции шприцев, других ИМН.

№ 3 — для дезинфекции в рабочем растворе химического средства дезинфекции на время экспозиции перевязочного материала, СИЗ (кроме перчаток) и других ИМН, подлежащих уничтожению.

№ 4 — для дезинфекции в рабочем растворе химического средства дезинфекции на время экспозиции перчаток.

Экзаменуемые приходят в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка).

Расходные материалы (из расчета на попытки экзаменуемых):

1. Салфетки марлевые.
2. Емкость с лубрикантом (вазелиновое масло).
3. Салфетки из бязи или марли одноразового применения или продезинфицированные для обработки поверхностей.
4. Смотровые перчатки разных размеров (по 1 паре на каждую попытку экзаменуемого).
5. Простынь хлопчатобумажная.
6. Влагозащитный фартук одноразового использования.

Симуляционное оборудование. Неинтерактивные симуляторы (тренажер-симулятор для проведения пальцевого ректального исследования предстательной железы).

Информация (брифинг) для экзаменуемого

Сценарий № 1. Вы — врач профильного отделения. К вам обратился пациент Петров Иван Иванович, 65 лет, с жалобами на боли внизу живота, затруднённое мочеиспускание, ночную поллакиурию до 2–3 раз за ночь, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Вам необходимо провести пальцевое ректальное исследование предстательной железы, интерпретировать данные инструментальных методов

исследования, написать заключение (диагноз) и определить дальнейшую тактику ведения пациента.

Все действия, которые вы будете производить, необходимо озвучивать.

Сценарий № 2. Вы — врач профильного отделения. К вам обратился пациент Петров Иван Иванович, 65 лет, с жалобами на боли внизу живота, затруднённое мочеиспускание, ночную поллакиурию до 2–3 раз за ночь, периодически выделение мочи с кровью, неприятные ощущения во время дефекации, иногда боли, отметил похудание в течение последних месяцев на 5 кг. У отца и старшего брата пациента был диагностирован рак предстательной железы.

Вам необходимо провести пальцевое ректальное исследование предстательной железы, интерпретировать данные инструментальных методов исследования, написать заключение (диагноз) и определить дальнейшую тактику ведения пациента.

Все действия, которые вы будете производить, необходимо озвучивать.

Сценарий № 3. Вы — врач профильного отделения. К вам обратился пациент Петров Иван Иванович, 40 лет, с жалобами на боли в области промежности с иррадиацией в головку полового члена, чувство дискомфорта при акте дефекации. Рези и затруднения при мочеиспускании, ночную поллакиурию до 4 раз за ночь.

Вам необходимо провести пальцевое ректальное исследование предстательной железы, интерпретировать данные инструментальных методов исследования, написать заключение (диагноз) и определить дальнейшую тактику ведения пациента.

Все действия, которые вы будете производить, необходимо озвучивать.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Предоставление члену экзаменационной комиссии данных по пациенту: ФИО, возраст (год рождения). ФИО и возраст пациента должны соответствовать данным, указанным в ситуации.

2. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид:

– проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого;

– утилизация использованных расходных материалов.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).

2. Подготовка оценочного листа (чек-листа).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).

2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).

3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемым.

4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента

Таблица 1

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена экзаменационной комиссии и экзаменуемого

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
1	Провести гигиеническую антисептику рук и просушить их	Дать вводную: «Руки обработаны»
2	Произвести осмотр области заднего прохода. Перечислить наиболее частые патологические состояния: наружные свищи, наружные геморроидальные узлы, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерация кожи	Дать вводную: «В области заднего прохода патологии не выявлено»
3	При попытке прощупать стенки анального канала	Дать вводную: «Растяжимость и эластичность сфинктера в норме»
4	При попытке оценить размеры предстательной железы	Дать вводную: «Предстательная железа увеличена равномерно». «Предстательная железа увеличена за счет правой (левой) доли». «Предстательная железа нормальных размеров»
5	При попытке оценить консистенцию предстательной железы	Дать вводную: «Предстательная железа дряблая, тестоватой консистенции». «В правой доле предстательной железы пальпируется участок хрящевой плотности». «В левой доле предстательной железы выявлен участок западения»

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
6	При попытке оценить выраженность междолевой бороздки	Дать вводную: «Междолевая бороздка сглажена». «Междолевая бороздка отсутствует»
7	При попытке оценить стенки прямой кишки на наличие патологических изменений	Дать вводную: «Слизистая прямой кишки без патологических изменений»
8	При извлечении пальца из прямой кишки	Дать вводную: «На перчатке кровь». «На перчатке гнойное отделяемое»

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый демонстрирует выполнение практического навыка непосредственно, оказывая неотложную помощь при анафилаксии.

Представиться пациенту, уточнить самочувствие пациента в настоящий момент, объяснить особенности проведения процедуры и получить согласие на ее выполнение.

Приступить к выполнению манипуляции, с вымытыми руками (по евростандарту).

Проверить оснащение медицинского стола. На столе должны находиться: влагозащитный фартук одноразового использования, нестерильные медицинские резиновые перчатки, емкость с лубрикантом (вазелиновым маслом), одноразовые салфетки для просушивания промежности и зоны анального отверстия.

Расположить пациента для проведения пальцевого ректального исследования. Возможные положения пациента для проведения пальцевого ректального исследования:

- стоя, ноги на ширине плеч, с опорой локтями на стол;
- лежа на боку с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
- на кушетке в коленно-локтевом положении;
- в положении на спине (на гинекологическом кресле) с согнутыми в коленных суставах и приведенными к животу ногами;
- на корточках — для оценки состояния труднодоступных каудальных отделов предстательной железы и (или) семенных пузырьков (редкое положение).

Надеть влагозащитный фартук одноразового использования.

Произвести тщательный осмотр области заднего прохода — выявить признаки заболевания (наружные свищи, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерацию кожи и др.).

Надеть медицинские резиновые перчатки. Указательный палец правой (левой) руки обильно смазать лубрикантом.

Попросить пациента «потужиться», как при дефекации; осторожно вводить палец в задний проход.

Пациент может проявлять беспокойство по поводу проведения пальцевого ректального обследования, поэтому важно сделать его максимально безболезненным. Врач смазывает указательный палец в перчатке лубрикантом перед введением его в анальное отверстие. Последовательно ощупать стенки анального канала.

Палец вводится в прямую кишку, следуя линии крестца. Во время исследования попросить пациента максимально расслабиться. Оценке подлежат: эластичность, тонус, растяжимость сфинктера заднего прохода; состояние слизистой оболочки; наличие и степень болезненности исследования.

Провести палец в ампулу прямой кишки. Оценке подлежит: состояние просвета ампулы прямой кишки (зияние, сужение). Затем палец разворачивается на 180° таким образом, чтобы была возможность пропальпировать предстательную железу через переднюю стенку прямой кишки.

При исследовании простаты последовательно оценивают следующие параметры:

- размеры простаты (увеличена равномерно или за счет какой-то одной доли, уменьшена, нормальных размеров);

- форму (обычная, уплощенная, шарообразная, неправильной формы, асимметричная);

- четкость границ предстательной железы (четкие или нет);

- консистенцию (в норме туго-эластическая, может уплотняться вплоть до хрящевой консистенции, может быть тестоватой консистенции, в ряде случаев появляются участки размягчения, или уплотнения);

- выраженность междолевой бороздки (бороздка выражена либо сглажена вплоть до ее полного отсутствия);

- болезненность при пальпации (от легкого дискомфорта до выраженной болезненности как всей железы так и отдельных долей).

Предстательная железа располагается на расстоянии 3–4 см от заднего прохода. Здоровая предстательная железа достигает 3 см в поперечнике и выступает в просвет прямой кишки примерно на 1 см. По середине ее в продольном направлении проходит борозда, которая условно делит простату на 2 доли — правую и левую. Консистенция предстательной железы в норме туго-эластическая, равномерная над всей поверхностью. Границы железы четкие, слизистая прямой кишки над железой подвижна. Междолевая борозда выражена и отчетливо определяется при пальпации.

После непосредственной пальпации предстательной железы необходимо развернуть палец на 360° и обследовать на наличие патологических изменений все стенки прямой кишки.

Извлечь палец из прямой кишки. Оценке подлежит: характер отделяемого (слизистое, кровянистое, гнойное); цвет каловых масс.

Салфеткой убрать остатки лубриканта с перианальной области и промежности. Поместить отработанный материал в соответствующий контейнер для дезинфекции.

Уточнить у пациента его самочувствие.

Снять перчатки. Поместить их в соответствующий контейнер для дезинфекции. Произвести антисептику рук.

Занести результаты пальцевого ректального исследования в соответствующую медицинскую документацию.

Заключительный этап. Завершить выполнение навыка и оценить результаты своих действий.

Далее экзаменуемому предстоит выполнить распоряжение членов экзаменационной комиссии.

Критерии оценивания действий экзаменуемого. В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: «Да» — действие было произведено; «Нет» — действие не было произведено.

В случае демонстрации экзаменуемым невнесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

Дополнительные замечания к организации станции _____

ФИО члена ЭК

Подпись

Информация для экзаменаторов представлена в алгоритме выполнения практического навыка, основной этап.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-7901-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88, с изменениями и дополнениями, утвержденными постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 28.11.2017 № 150.

2. Об утверждении некоторых клинических протоколов и признании утратившим силу отдельного структурного элемента приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.09.2011 № 920.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ № 1

Специальность _____ Лечебное дело

Дата _____ Номер кандидата _____

Номер задания: Станция 1

Действие	Отметка о выполнении да/нет
1. Пояснить, что приступить к выполнению манипуляции необходимо в медицинском халате (костюме), шапочке. С вымытыми и обработанными дезинфицирующим раствором руками (по евростандарту)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Представиться пациенту, уточнить самочувствие пациента в настоящий момент, объяснить особенности проведения процедуры и получить согласие на ее выполнение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Провести гигиеническую антисептику рук и просушить их	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Надеть влагозащитный фартук одноразового использования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Перечислить оснащение манипуляционного столика: влагозащитный фартук одноразового использования; (1 шт.), нестерильные медицинские резиновые перчатки (1 пара), емкость с лубрикантом (вазелиновым маслом); одноразовые салфетки для просушивания промежности и перианальной зоны (3 шт.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Положить пациента на бок с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Произвести осмотр области заднего прохода. Перечислить наиболее частые патологические состояния: наружные свищи, наружные геморроидальные узлы, тромбоз наружных геморроидальных узлов, недостаточное смыкание краев заднего прохода, разрастания опухолевидной ткани, мацерация кожи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Надеть медицинские резиновые перчатки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Обильно смазать лубрикантом указательный палец правой (левой) руки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Встать справа (слева) от пациента попросить пациента «потужиться», как при дефекации, и осторожно ввести палец в задний проход	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Последовательно прощупать стенки анального канала. Перечислить, что подлежит оценке: эластичность, тонус, растяжимость сфинктера заднего прохода; состояние слизистой оболочки; наличие и степень её болезненности при исследовании	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Провести палец в ампулу прямой кишки. Оценить состояние просвета ампулы прямой кишки (зияние, сужение)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. Развернуть палец на 180° и приступить к пальпации предстательной железы через переднюю стенку прямой кишки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
14. Оценить: размеры предстательной железы (увеличена равномерно или за счет какой-то одной доли, уменьшена, нормальных размеров)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Действие	Отметка о выполнении да/нет
15. Форму (обычная, уплощенная, шарообразная, неправильной формы, асимметричная)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
16. Четкость границ (четкие или нет)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. Консистенцию (туго-эластическая, плотная, хрящевой консистенции, тестоватой консистенции, наличие участков размягчения или уплотнения)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
18. Выраженность междолевой бороздки (бороздка выражена, сглажена, отсутствует)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
19. Развернуть палец на 360° и обследует все стенки прямой кишки на наличие патологических изменений	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
20. Извлечь палец из прямой кишки, оценить характер отделяемого (слизистое, кровянистое, гнойное); цвет каловых масс	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
21. Убрать салфеткой остатки лубриканта с перианальной области и промежности. Поместить отработанный материал в соответствующий контейнер для дезинфекции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
22. Уточнить у пациента его самочувствие	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
23. Снять перчатки, поместить их в соответствующий контейнер для дезинфекции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
24. Помыть и просушить руки, провести их антисептику	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
25. Занести результаты пальцевого ректального исследования в соответствующую медицинскую документацию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Сумма баллов

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

Дефектная ведомость
для экзаменационной станции «Лечебное дело»
объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующей ОСКЭ _____

Экзаменатор

_____ Должность и расшифровка подписи

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

ТЕХНИКА ФИКСАЦИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ЗАДНЕЙ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 5-го курса, прошедшие врачебную клиническую производственную практику, и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оказание специализированной врачебной помощи при повреждениях голеностопного сустава в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
6,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым навыков фиксации голеностопного сустава гипсовой повязкой.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать рабочее помещение (гипсовый кабинет) и включать оборудование (оснащение):

1. Медицинская мебель:
 - столик манипуляционный;
 - кушетка медицинская.
2. Компьютер с выходом в Интернет и/или Интранет для заполнения электронного оценочного листа (чек-листа).

3. Компьютер с трансляцией видеоизображения, а также компьютер, регистрирующий результаты выполнения аккредитуемым действий на симуляторе (тренажере).

4. Система аудио-видео фиксации.

5. Манекен взрослого пациента (верхняя конечность взрослого пациента), манекен ребенка (для педиатров).

6. Дозатор локтевой настенный с антисептиком для гигиенической и хирургической антисептики рук медицинского работника.

7. Дозатор настенный с жидким рН-нейтральным мылом для мытья рук.

8. Маски хирургические одноразового применения.

9. Перчатки одноразовые латексные нестерильные.

10. Ножницы для моделирования и срезания бинта.

11. Держатель для полотенца бумажного.

12. Бумажное полотенце одноразовое.

13. Ведро с крышкой, регулируемой педальным механизмом со вставленным внутрь пакетом одноразового применения.

14. Медицинская документация (рентгенологические снимки пациента и описание клинических симптомов).

15. Таз пластиковый для замачивания гипсовых бинтов.

16. Клеенка 1 × 1 м для раскатывания и моделирования гипсовой повязки.

17. Кран с источником теплой водопроводной воды.

Расходные материалы:

1. Бинт гипсовый 15 × 270 см.

2. Бинт нестерильный 5 × 10 см.

3. Вата медицинская, гигроскопическая, хирургическая, нестерильная, кипная.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Перелом наружной лодыжки левого голеностопного сустава без смещения отломков	Выполнение окончательной фиксации поврежденного голеностопного сустава

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач-травматолог поликлиники. У вас на приеме пациент, получил травму за 3 часа до обращения при простом падении на улице, подвернул ногу. Пациент жалуется на боль в области левого голеностопного сустава. Объективно незначительный отек в области левого голеностопного сустава по наружной поверхности, пальпация резко болезненна, видимая деформация зоны голеностопного сустава отсутствует. Объем движений в левом голеностопном суставе незначительно снижен вследствие болевого синдрома. Ангионеврологических расстройств конечности нет. На рентгенограмме голеностоп-

ного сустава в двух проекциях (рентгенограмма прилагается) подсиндесмозный перелом наружной лодыжки без смещения отломков.

В кабинете есть необходимое оснащение для наложения гипсовой повязки. Ваша задача — оценить клиническую картину и оказать специализированную врачебную помощь, самостоятельно выбрать тип повязки. **Важно!** Необходимо максимально озвучивать свои действия. Навыки мытья рук на данной станции не оцениваются.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. Приведение манекена (симулятора) в исходное состояние
3. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).
2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).
4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (табл. 2).

**Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена ЭК
и экзаменуемого**

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
1	При попытке мытья рук	Дать вводную: «Руки обработаны»
2	При уточнении у пациента поврежденной конечности	Дать вводную: «Левая»
3	При оценке кожных покровов на предмет повреждений	Дать вводную: «Чистые»
4	При попытке оценить пульс на лучевой артерии	Дать вводную: «Пульс удовлетворительного наполнения»
5	При попытке оценить неврологические расстройства пальцев кисти	Дать вводную: «Неврологические расстройства отсутствуют»
6		За минуту до окончания работы сообщить: «У вас осталась одна минута».
7	При попытке утилизации воды с гипсовой взвесью в раковину	Дать вводную: «Стоп. В общей канализации нет фильтрующей системы»

Алгоритм выполнения практического навыка. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, фиксации голеностопного сустава гипсовой лонгетой. Важно соблюсти последовательность действий, знать важные нюансы наложения гипсовой повязки.

Подготовительный этап:

1. Уточнить у пациента какая конечность повреждена, пропальпировать голеностопный сустав для уточнения стороны повреждения во избежание ошибки.

2. Оценить состояние кожных покровов нижней конечности пациента.

3. Уложить пациента в удобное положение на кушетке на животе, голеностопный сустав и стопа не фиксированы на кушетке и свободно свисают.

4. Наполнить пластиковый таз для замачивания гипсового бинта теплой водой из под крана (пробовать температуру воды рукой без перчатки).

5. Вымыть руки.

6. Надеть нестерильные перчатки для защиты рук от гипсовой смеси.

7. Надеть маску для предотвращения вдыхания гипсовой пыли.

Основной этап:

1. Отмерять бинтом длину будущей гипсовой повязки на конечности пациента, отрезать необходимый отрез бинта.

2. Уложить и разгладить на манипуляционном столе отрез бинта.

3. Открыть над манипуляционным столом гипсовый бинт правильно: держать упаковку вертикально, открывать в верхнем углу, разорвать по специально предназначенным зубцам не рассыпая гипсовую пыль по рабочему кабинету. Извлечь гипсовый бинт из упаковки, уложить на манипуляционный стол (допустимо открывать ножницами).

4. Выбросить упаковку от гипса в мусорную корзину, открывая ее ножной педалью. При выбрасывании не просыпать гипсовую пыль на пол.

5. Раскатать на манипуляционном столе послойно гипсовую повязку необходимой ширины и толщины (6–8 слоев до 10–2 бинта), закладывая, а не отрезая край каждого слоя. При раскатывании гипсового бинта поперечник повязки увеличивается от дистального конца к проксимальному. Величина расширения зависит от объема голени пациента.

6. Отмерять и оторвать отрез ваты для подкладки между кожей и повязкой. Разложить на столе заготовленный отрез.

7. Взяв раскатанную повязку за концы, сложить ее в «гармошку» и опустить в теплую воду на несколько секунд для полного пропитывания гипсовых слоев.

8. Отжать повязку над тазом, продолжая удерживать края повязки в руках. Не разбрызгивать воду с гипсом по кабинету.

9. Растянуть и расправить мокрую гипсовую повязку на столе, разложить на клеенке и разгладить.

10. Уложить подкладочный слой на повязку. (Не является ошибкой, если повязку приподнять и уложить на подкладочный слой)

11. Взять за края готовую повязку вместе с подкладочным слоем и уложить гипсовую лонгету на заднюю поверхность голени пациента подкладочной стороной к коже. Расположить соответственно проксимальным (расширенным концом) на верхней трети голени и дистальный суженный конец на стопе в проекции плюснефаланговых суставов пальцев стопы. Разгладить и смоделировать повязку по голеностопному суставу пациента.

12. При моделировании гипсовой лонгеты придать голеностопному суставу нейтральное положение, смоделировать область ахиллового сухожилия, лодыжечную область с обеих сторон, смоделировать продольный свод стопы.

13. Прибинтовать повязку турами бинта от проксимального конца к дистальному (не является ошибкой фиксация от центра в проксимальном направлении, а затем в дистальном). Завязать бинт так, чтобы узел располагался над гипсовой повязкой, а не над кожей.

14. Оценить наличие вдавлений на повязке и разгладить имеющиеся.

15. Дождаться затвердевания повязки удерживая голеностопный сустав пациента в нейтральном положении.

16. Оценка ангионеврологических расстройств стопы после наложения повязки.

Заключительный этап:

1. Снять перчатки по хирургическим правилам для предотвращения падения засохших остатков гипсовой смеси с перчаток на пол: собрать пальца кисти в кулак, снять перчатку с проксимального края как бы выворачивая на изнанку, чтобы загрязненная гипсом поверхность перчатки ввернулась внутрь.

2. Вылить воду с остатками гипсовой взвеси в специальную емкость или в раковину с предусмотренной фильтровальной системой, а не в центральную канализационную систему, что приведет к засорению последней.

3. Выбросить мусор.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10. 2013 № 107.

3. Травматология и ортопедия: учеб.-метод. пособие / С. И. Киричек. Минск: БГМУ, 2002. С. 32–33.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: действие было произведено; действие не было произведено и промежуточных вариантов — произведено не в полном объеме.

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
станция « Техника фиксации голеностопного сустава
задней гипсовой лонгетой»

Специальность _____ Лечебное дело

ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Этапы	Критерии	Оценка
1. Общение с пациентом, уточнение	Уточнить у пациента, поврежденную конечность	
2. Общение с пациентом, уточнение	Оценка кожных покровов на предмет повреждений и заболеваний	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
3. Общение с пациентом, уточнение	Уложить пациента на живот, с краем кушетки, заканчивающимся на уровне верхней трети голени	На живот со свисающей голенью — 2 балла На живот с голенью, лежащей на кушетке — 1 балл На спину — 0 баллов
4. Подготовительный	Использование для замачивания гипса специального оборудования	Замачивание в тазу — 1 балл Под краном/в раковине — 0 баллов
5. Подготовительный	Использование для замачивания гипса теплой воды	Теплая вода — 1 балл Холодная вода — 0 баллов
6. Подготовительный	Измерение длины будущей гипсовой повязки	Измерено отрезом бинта — 2 балла Измерено «на глаз» — 1 балл Не измерено — 0 баллов
7. Подготовительный	Надеть маску и перчатки	Маску и перчатки — 2 балла Маску/перчатки — 1 балл Без маски и перчаток — 0 баллов
8. Подготовительный	Постелить на манипуляционный стол клеёнку/пленку для облегчения уборки	Постелено — 1 балл Использование рабочей поверхности стола — 0 баллов
9. Подготовительный	Вскрытие упаковки бинта вертикально, чтоб не мусорить	Вскрыто в вертикальном положении, не рассыпая гипсовую пыль — 1 балл Рассыпалась пыль на пол и стол — 0 баллов
10. Подготовительный	Открыть мусорку с педалью, выбросить упаковку от гипса	Мусорка открыта педалью — 1 балл Мусорка открыта руками/упаковка не выброшена — 0 баллов
11. Создание гипсовой заготовки	Раскатывание гипсовой повязки по моделированию краев	Конец каждого слоя закладывается на предыдущий — 1 балл Обрезается ножницами — 0 баллов
12. Создание гипсовой заготовки	Раскатывание гипсовой повязки — оценка ширины согласно объему голени пациента	Расширяется от дистального конца к проксимальному — 2 балла Одной ширины — 1 балл Расширяется от проксимального к дистальному концу — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
13. Создание гипсовой заготовки	Оценка ширины гипсовой повязки	Ширина достаточная — 1 балл Слишком узкая/широкая — 0 баллов
14. Создание гипсовой заготовки	Оценка толщины гипсовой повязки	Толщина достаточная (2 бинта) — 1 балл Слишком тонкая/толстая — 0 баллов
15. Создание гипсовой заготовки	Подготовка подкладочного материала	Подкладка из ваты — 2 балла Бинтовая подкладка — 1 балл Без подкладки — 0 баллов
16. Создание гипсовой повязки	Пропитывание гипсовой повязки водой	Пропитаны все слои — 1 балл Остались сухие участки — 0 баллов
17. Создание гипсовой повязки	Отжатие повязки от воды	Удалена вся лишняя жидкость (с повязки не капает) — 1 балл Остается лишняя влага (капает с повязки) — 0 баллов
18. Создание гипсовой повязки	Растяжение повязки за края, для ее последующего моделирования	Быстро, без потери концов повязки и сморщивания слоев — 2 балла С потерей краев, но растянуть удалось — 1 балл Не удалось восстановить длину повязки после замачивания — 0 баллов
19. Создание гипсовой повязки	Разглаживание повязки на столе	Гипсовая повязка без складок — 1 балл Остались складки — 0 баллов
20. Создание гипсовой повязки	Соединение гипсовой повязки и подкладочного слоя	Подкладочный слой уложен без складок — 1 балл Со складками — 0 баллов
21. Моделирование гипсовой повязки	Начало моделирования повязки на пациенте	Повязка уложена на заднюю поверхность голени с голеностопным суставом расширением на проксимальный конец — 2 балла Повязка уложена на заднюю поверхность голени расширением на дистальный конец — 1 балл Уложена на переднюю поверхность голени — 0 баллов
22. Моделирование гипсовой повязки	Положение голеностопного сустава при моделировании повязки	Нейтральное — 1 балл Эквинус — 0 баллов
23. Моделирование гипсовой повязки	Грамотность моделирования повязки: Смоделирована область ахиллового сухожилия Смоделирована область лодыжек Смоделирован продольный свод стопы	Да — 1 балл Нет — 0 баллов Да — 1 балл Нет — 0 баллов Да — 1 балл Нет — 0 баллов
24. Фиксация гипсовой повязки	Фиксация гипсовой повязки	От проксимального конца к дистальному (от центра) — 1 балл От дистального к проксимальному — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
25. Фиксация гипсовой повязки	Расположение узла бинта	Узел на поверхности гипсовой повязки — 1 балл На мягких тканях — 0 баллов
26. Заключительный	Оценка ангионеврологических расстройств после наложения повязки	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
27. Заключительный	Окончательная оценка гипсовой повязки (комфорт)	Отсутствие вдавлений и острых краев — 1 балл Наличие вдавлений и острых краев — 0 баллов
28. Заключительный	Окончательная оценка гипсовой повязки (эстетичность)	Эстетичный вид повязки — 1 балл Повязка выглядит «неряшливо» — 0 баллов
29. Уборка рабочего места	Снятие перчаток	Снятие перчаток пальцами внутрь без рассыпания гипса по кабинету — 1 балл С рассыпанием гипса по кабинету — 0 баллов
30. Уборка рабочего места	Утилизация воды с гипсовой взвесью	Выливание воды с гипсовой взвесью в специализированный резервуар — 1 балл В канализацию — 0 баллов

Всего баллов: _____

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
38–35	10 (десять)	18–15	5 (пять)
34–31	9 (девять)	14–11	4 (четыре)
30–27	8 (восемь)	10–7	3 (три)
26–23	7 (семь)	6–3	2 (два)
22–19	6 (шесть)	2–1	1 (один)

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

Дефектная ведомость
для экзаменационной станции «Техника фиксации
голеностопного сустава задней гипсовой лонгетой лонгетой»
объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующей ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ТЕХНИКА ФИКСАЦИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ТЫЛЬНОЙ ГИПСОВОЙ ЛОНГЕТОЙ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 5-го курса, прошедшие врачебную клиническую производственную практику, и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оказание специализированной врачебной помощи при повреждениях лучезапястного сустава в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
6,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым навыков фиксации лучезапястного сустава гипсовой повязкой.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать рабочее помещение (гипсовый кабинет) и включать оборудование (оснащение):

1. Медицинская мебель:
 - столик манипуляционный;
 - кушетка медицинская.
2. Компьютер с выходом в Интернет и/или Интранет для заполнения электронного оценочного листа (чек-листа).

3. Компьютер с трансляцией видеоизображения, а также компьютер, регистрирующий результаты выполнения аккредитуемым действий на симуляторе (тренажере).

4. Система аудио-видео фиксации.

5. Манекен взрослого пациента (верхняя конечность взрослого пациента), манекен ребенка (для педиатров).

6. Дозатор локтевой настенный с антисептиком для гигиенической и хирургической антисептики рук медицинского работника.

7. Дозатор настенный с жидким рН-нейтральным мылом для мытья рук.

8. Маски хирургические одноразового применения.

9. Перчатки одноразовые латексные нестерильные.

10. Ножницы для моделирования и срезания бинта.

11. Держатель для полотенца бумажного.

12. Бумажное полотенце одноразовое.

13. Ведро с крышкой, регулируемой педальным механизмом со вставленным внутрь пакетом одноразового применения.

14. Медицинская документация (рентгенологические снимки пациента и описание клинических симптомов).

15. Таз пластиковый для замачивания гипсовых бинтов.

16. Клеенка 1 × 1 м для раскатывания и моделирования гипсовой повязки.

17. Кран с источником теплой водопроводной воды.

Расходные материалы:

1. Бинт гипсовый 15 × 270 см.

2. Бинт нестерильный 5 × 10 см.

3. Вата медицинская, гигроскопическая, хирургическая, нестерильная, кипная.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Перелом дистального метафиза лучевой кости без смещения отломков	Выполнение окончательной фиксации поврежденного лучезапястного сустава

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач-травматолог поликлиники. У вас на приеме пациент, получил травму за 3 часа до обращения при простом падении на улице. Пациент жалуется на боль в области правого лучезапястного сустава. Объективно незначительный отек в области правого лучезапястного сустава, пальпация резко болезненна, видимая деформация зоны лучезапястного сустава отсутствует. Объем движений в правом лучезапястном суставе незначительно снижен вследствие болевого синдрома. Ангioneврологических расстройств конечности нет. На рентгенограмме лучезапястного сустава в двух проекциях (рентгенограмма

прилагается) перелом дистального метафиза лучевой кости без смещения отломков.

В кабинете есть необходимое оснащение для наложения гипсовой повязки. Ваша задача — оценить клиническую картину и оказать специализированную врачебную помощь, самостоятельно выбрать тип повязки. **Важно!** Необходимо максимально озвучивать свои действия. Навыки мытья рук на данной станции не оцениваются.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. Приведение манекена (симулятора) в исходное состояние
3. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).
2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).
4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (табл. 2).

**Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена ЭК
и экзаменуемого**

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
1	При попытке мытья рук	Дать вводную: «Руки обработаны»
2	При уточнении у пациента поврежденной конечности	Дать вводную: «Правая»
3	При оценке кожных покровов на предмет повреждений	Дать вводную: «Чистые»
4	При попытке оценить пульс на лучевой артерии	Дать вводную: «Пульс удовлетворительного наполнения»
5	При попытке оценить неврологические расстройства пальцев кисти	Дать вводную: «Неврологические расстройства отсутствуют»
6		За минуту до окончания работы сообщить: «У вас осталась одна минута»
7	При попытке утилизации воды с гипсовой взвесью в раковину	Дать вводную: «Стоп. В общей канализации нет фильтрующей системы»

Алгоритм выполнения практического навыка. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, фиксации лучезапястного сустава гипсовой лонгетой. Важно соблюсти последовательность действий, знать важные нюансы наложения гипсовой повязки.

Подготовительный этап:

1. Уточнить у пациента, какая конечность повреждена, пропальпировать лучезапястный сустав для уточнения стороны повреждения во избежании ошибки.

2. Оценить состояние кожных покровов верхней конечности пациента.

3. Усадить пациента на стул/табурет. Уложить конечность пациента на стол в удобное положение сгибания в локтевом суставе 90 градусов и пронации предплечья.

4. Наполнить пластиковый таз для замачивания гипсового бинта теплой водой из под крана (пробовать температуру воды рукой без перчатки).

5. Вымыть руки.

6. Надеть нестерильные перчатки для предотвращения воздействия гипсовой смеси на кожу.

7. Надеть маску для предотвращения вдыхания гипсовой пыли.

Основной этап:

1. Отмерять бинтом длину будущей гипсовой повязки на конечности пациента, отрезать необходимый отрез бинта.

2. Уложить и разгладить на манипуляционном столе отрез бинта.

3. Открыть над манипуляционным столом гипсовый бинт правильно: держать упаковку вертикально, открывать в верхнем углу, разорвать по специально предназначенным зубцам не рассыпая гипсовую пыль по рабо-

чему кабинету (допустимо открытие ножницами). Извлечь гипсовый бинт из упаковки, уложить на манипуляционный стол.

4. Выбросить упаковку от гипса в мусорную корзину, открывая ее ножной педалью. При выбрасывании не просыпать гипсовую пыль на пол.

5. Раскатать на манипуляционном столе послойно гипсовую повязку необходимой ширины и толщины, закладывая, а не отрезая край каждого слоя. При раскатывании гипсового бинта поперечник повязки увеличивается от дистального конца к проксимальному. Величина расширения зависит от объема предплечья пациента. Толщина от 8 до 10 слоев (1,5–2 бинта).

6. Отмерять и оторвать отрез ваты для подкладки между кожей и повязкой. Разложить на столе заготовленный отрез.

7. Взяв раскатанную повязку за концы сложить ее в «гармошку» и опустить в теплую воду на несколько секунд для полного пропитывания гипсовых слоев.

8. Отжать повязку над тазом, продолжая удерживать края повязки в руках. Не разбрызгивать воду с гипсом по кабинету.

9. Растянуть и расправить мокрую гипсовую повязку на клеенке и разгладить.

10. Уложить подкладочный слой на повязку. (Не является ошибкой, если повязку приподнять и уложить на подкладочный слой).

11. Взять за края готовую повязку вместе с подкладочным слоем и уложить гипсовую лонгету на предплечье пациента подкладочной стороной к коже. Соблюсти соответствие проксимального (расширенного) и дистального (суженного) концов. Разгладить и смоделировать повязку по руке пациента.

12. Придать нейтральное положение лучезапястному суставу (допустимо незначительное сгибание в лучезапястном суставе).

13. Прибинтовать повязку турами бинта от проксимального конца к дистальному. Завязать бинт так, чтобы узел располагался над гипсовой повязкой, а не над кожей.

14. Оценить наличие вдавлений на повязке и разгладить имеющиеся.

15. Дождаться затвердевания повязки удерживая руку пациента в нейтральном положении лучезапястного сустава.

16. Оценка ангионеврологических расстройств кисти после наложения повязки.

Заключительный этап:

1. Снять перчатки по хирургическим правилам для предотвращения падения засохших остатков гипсовой смеси с перчаток на пол: собрать пальца кисти в кулак, снять перчатку с проксимального края как бы выворачивая наизнанку, чтобы загрязненная гипсом поверхность перчатки вернулась внутрь.

2. Вылить воду с остатками гипсовой взвеси в специальную емкость или в раковину с предусмотренной фильтровальной системой, а не в центральную канализационную систему, что приведет к засорению последней.

3. Выбросить мусор.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденные постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10. 2013 № 107.

3. Травматология и ортопедия: учеб.-метод. пособие / С. И. Киричек. Минск: БГМУ, 2002. С. 32–33.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: действие было произведено; действие не было произведено и промежуточных вариантов — произведено не в полном объеме.

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)
станция «Техника фиксации лучезапястного сустава
тыльной гипсовой лонгетой»

Специальность Лечебное дело

ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Этапы	Критерии	Оценка
1. Общение с пациентом, уточнение	Уточнить у пациента, поврежденную конечность	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
2. Общение с пациентом, уточнение	Оценка кожных покровов на предмет повреждений и заболеваний	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
3. Общение с пациентом, уточнение	Усадить пациента на стул, лицом к столу, уложить поврежденную конечность на поверхность стола	Выполнены действия — 1 балл Оставление пациента стоя — 0 баллов
4. Подготовительный	Использование для замачивания гипса специального оборудования	Замачивание в тазу — 1 балл Под краном/в раковине — 0 баллов
5. Подготовительный	Использование для замачивания гипса теплой воды	Теплая вода — 1 балл. Холодная вода — 0 баллов
6. Подготовительный	Надеть маску и перчатки	Маска и перчатки — 2 балла Маска/перчатки — 1 балл Без маски и перчаток — 0 баллов
7. Подготовительный	Постелить на манипуляционный стол клеёнку/пленку для облегчения уборки	Постелено — 1 балл Использование рабочей поверхности стола — 0 баллов
8. Основной: создание гипсовой заготовки	Измерение длины будущей гипсовой повязки	Измерено отрезом бинта — 2 балла Измерено «на глаз» — 1 балл Не измерено — 0 баллов
9. Создание гипсовой заготовки	Вскрытие упаковки бинта вертикально, чтоб не мусорить	Вскрыто в вертикальном положении, не рассыпая гипсовую пыль — 1 балл Рассыпалась пыль на пол и стол — 0 баллов
10. Создание гипсовой заготовки	Открыть мусорку с педалью, выбросить упаковку от гипса	Мусорка открыта педалью — 1 балл. Мусорка открыта руками / упаковка не выброшена — 0 баллов
11. Создание гипсовой заготовки	Раскатывание гипсовой повязки по моделированию краев	Конец каждого слоя закладывается на предыдущий — 1 балл Обрезается ножницами — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
12. Создание гипсовой заготовки	Раскатывание гипсовой повязки — оценка ширины согласно объему предплечья пациента	Расширяется от дистального конца к проксимальному — 2 балла Одной ширины — 1 балл Расширяется от проксимального к дистальному концу — 0 баллов
13. Создание гипсовой заготовки	Оценка ширины гипсовой повязки	Ширина достаточная — 1 балл Слишком узкая/широкая — 0 баллов
14. Создание гипсовой заготовки	Оценка толщины гипсовой повязки	Толщина достаточная (2 бинта) 1 балл Слишком тонкая/толстая — 0 баллов
15. Создание гипсовой заготовки	Подготовка подкладочного материала	Подкладка из ваты — 2 балла Бинтовая подкладка — 1 балл Без подкладки — 0 баллов
16. Создание гипсовой повязки	Пропитывание гипсовой повязки водой	Пропитаны все слои — 1 балл Остались сухие участки — 0 баллов
17. Создание гипсовой повязки	Отжатие повязки от воды	Удалена вся лишняя жидкость (с повязки не капает) — 1 балл Остается лишняя влага (капает с повязки) — 0 баллов
18. Создание гипсовой повязки	Растяжение повязки за края, для ее последующего моделирования	Быстро, без потери концов повязки и сморщивания слоев — 2 балла С потерей краев, но растянуть удалось — 1 балл Не удалось восстановить длину повязки после замачивания — 0 баллов
19. Создание гипсовой повязки	Разглаживание повязки на столе	Гипсовая повязка без складок — 1 балл Остались складки — 0 баллов
20. Создание гипсовой повязки	Соединение гипсовой повязки и подкладочного слоя	Подкладочный слой уложен без складок — 1 балл Со складками — 0 баллов
21. Моделирование гипсовой повязки	Начало моделирования повязки на пациенте	Повязка уложена на тыльную поверхность предплечья с лучезапястным суставом расширением на проксимальный конец — 2 балла Повязка уложена на тыльную поверхность предплечья расширением на дистальный конец — 1 балл Уложена на ладонную поверхность предплечья — 0 баллов
22. Моделирование гипсовой повязки	Положение лучезапястного сустава при моделировании повязки	Нейтральное (допустимо сгибание до 5°) — 1 балл Сгибание/разгибание в лучезапястном суставе — 0 баллов
23. Фиксация гипсовой повязки	Фиксация гипсовой повязки	От проксимального конца к дистальному (от центра) — 1 балл. От дистального к проксимальному — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
24. Фиксация гипсовой повязки	Бинтование первого межпальцевого промежутка	Туры фиксирующего бинта проходят через 1-й межпальцевой промежуток без сдавления мягких тканей — 2 балла Со сдавлением мягких тканей — 1 балл Не проходят — 0 баллов
25. Фиксация гипсовой повязки	Расположение узла бинта	Узел на поверхности гипсовой повязки — 1 балл На мягких тканях — 0 баллов
26. Заключительный	Оценка ангионеврологических расстройств пальцев кисти	Выполнена — 1 балл Не выполнена — 0 баллов
27. Заключительный	Окончательная оценка гипсовой повязки (функциональность)	Длина повязки от верхней трети предплечья до головок пястных костей — 1 балл Длиннее/короче — 0 баллов
28. Заключительный	Окончательная оценка гипсовой повязки (комфорт)	Отсутствие вдавлений и острых краев — 1 балл. Наличие вдавлений и острых краев — 0 баллов
29. Заключительный	Окончательная оценка гипсовой повязки (эстетичность)	Эстетичный вид повязки — 1 балл Повязка выглядит «неряшливо» — 0 баллов
30. Уборка рабочего места	Снятие перчаток	Снятие перчаток пальцами внутрь без рассыпания гипса по кабинету — 1 балл С рассыпанием гипса по кабинету — 0 баллов
31. Уборка рабочего места	Утилизация воды с гипсовой взвесью	Выливание воды с гипсовой взвесью в специализированный резервуар — 1 балл В канализацию — 0 баллов

Всего баллов: _____

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
38–35	10 (десять)	18–15	5 (пять)
34–31	9 (девять)	14–11	4 (четыре)
30–27	8 (восемь)	10–7	3 (три)
26–23	7 (семь)	6–3	2 (два)
22–19	6 (шесть)	2–1	1 (один)

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

Дефектная ведомость
для экзаменационной станции «Техника фиксации
лучезапястного сустава тыльной гипсовой лонгетой»
объективного структурированного клинического экзамена

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующей ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ПЕРВИЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

Специальность 1-79 01 02 «Педиатрия»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса, прошедшие цикловую подготовку по неонатологии и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 02 «Педиатрия».

Проверяемые компетенции. Оценить клиническую картину состояния, требующего оказания реанимационной помощи и провести необходимые реанимационные мероприятия в соответствии с принципами АВС-терапии новорожденному ребенку, рожденному в состоянии тяжелой асфиксии.

Уметь осуществлять реанимационные мероприятия в соответствии с действующими Клиническими протоколами диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 81 от 28.01.2011 г.

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8,5 мин).

0,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	0,5 мин
7,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым умений оценить клиническую картину состояния, требующего оказания реанимационной помощи и провести необходимые реанимационные мероприятия в соответствии с принципами АВС-терапии новорожденному ребенку, рожденному в состоянии тяжелой асфиксии.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии:

1. Стол.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа).

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание экзаменуемому. Станция должна имитировать родильный зал и включать оборудование:

1. Виртуальное место для приема родов.
2. Пеленальный столик для размещения симулятора.

3. Настенные часы с секундной стрелкой.

4. Желудочные зонды, санационные катетеры разного диаметра, лицевые вентиляционные маски 2-х размеров, мешки Амбу разного объема, ларингоскоп с клинками 01 и 00, интубационные трубки разного диаметра (2,0, 2,5, 3,0, 3,5 мм), пупочные катетеры, шприцы на 2, 5, 10, 20 мл, шелковые лигатуры, скальпель, пинцеты.

5. Раковина, средства для обработки рук, приспособление для высушивания рук.

6. Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

7. Стерильные перчатки разного размера.

8. Флаконы с антисептиками.

9. Виртуальная медицинская карта стационарного пациента.

10. Стетофонендоскоп.

Экзаменуемые приходят в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), должны иметь личный стетофонендоскоп.

Расходные материалы (из расчета на попытки экзаменуемых):

1. Антисептические салфетки для обработки олив стетофонендоскопа.

2. Шприцы на 2, 5, 10 или 20 мл (по 1 шт. на каждую попытку экзаменуемого) в стерильной упаковке.

3. Наборы препаратов для оказания помощи: эпинефрин 1,8 мг/мл 1 мл — 5 ампул (имитация); стерильный физиологический раствор в объеме 100 мл — 5 флаконов; флаконы с 4 % гидрокарбонатом натрия — 5 флаконов.

4. Смотровые перчатки разного размера (по 1 паре на каждую попытку экзаменуемого).

5. Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

Симуляционное оборудование. Манекен недоношенного ребенка для оказания неотложной помощи S3009, интерактивный имитатор новорожденного S3010.

Информация для экзаменуемого. Женщина 28 лет поступила в родильный дом на 38-й неделе беременности. На 36-й неделе у нее появились отеки ног, периодически повышалось артериальное давление, жаловалась на тошноту и головокружение, при этом женщина не обращалась в женскую консультацию. В связи с некупируемым в течение 6 часов гипертоническим кризом вызвана бригада скорой медицинской помощи, зафиксировано повышение АД 220/120 мм рт. ст., введена сернокислая магнезия, и беременная срочно доставлена в приемное отделение родильного дома в состоянии преэклампсии. На кардиотокографии — брадиаритмия (ЧСС — 80 уд/мин.) в связи с чем произведено экстренное кесарево сечение. Извлечен плод женского пола массой 3000 г, ростом 50 см. Околоплодные воды светлые. Объективно: поза расслабленная, тотальный цианоз, реакции на санационный катетер нет, зафиксирован единичный вдох.

Ваша задача: поставьте диагноз и проведите необходимые в этой ситуации реанимационные мероприятия в соответствии с принципами АВС-терапии.

Все действия, которые вы будете производить, необходимо озвучивать.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Предоставление члену экзаменационной комиссии данных по пациенту (анамнез беременной и новорожденного ребенка должны соответствовать данным, указанным в ситуации).

2. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид:

- проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого;
- утилизация использованных расходных материалов.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).

2. Подготовка оценочного листа (чек-листа).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).

2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).

3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемым.

4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента.

**Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена
экзаменационной комиссии и экзаменуемого**

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
	При указании на необходимость наличия в виртуальном родильном зале стимулированных коллег	Дать вводную: «Укажите на участие в реанимационных мероприятиях соответствующего количества тьюторов, распределите их роли»
	При попытке аускультации легких	Дать вводную: «Дыхательных усилий нет»
	При попытке оценить пульсацию пуповины или послушать тоны сердца	Дать вводную: «6 ударов за 6 секунд!»
	После проведения масочной вентиляции в течение 30 секунд	Дать вводную: «Масочная вентиляция неэффективна»
	При попытке оценить частоту сердечных сокращений после 30-секундного проведения комплекса реанимационных мероприятий вспомогательная вентиляция — непрямой массаж сердца	Дать вводную: «8 ударов за 6 секунд»
	При отсутствии попытки инстиляции разведенного эпинефрина в интубационную трубку	Дать вводную: «Обратите внимание на сохраняющуюся брадикардию!»
	При попытке оценить ЧСС после повторного проведения комплекса реанимационных мероприятий вспомогательная вентиляция — непрямой массаж сердца в течение 30 секунд	Дать вводную: «ЧСС 100!»
	При попытке постановки пупочного катетера, не заполненного теплым физиологическим раствором	Дать вводную: «Ваши действия представляют угрозу жизни пациента!»
	При попытке введения болюсной нагрузки заданного объема	Дать вводную: «Болюсная нагрузка введена!»
	При попытке транспортировать пациента	Дать вводную: «Транспортный кувез подготовлен»
	При отсутствии указаний на необходимость забора крови для определения КОС	Дать вводную: «Что есть объективное свидетельство тяжести асфиксии?»

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый демонстрирует выполнение практического навыка непосредственно, оказывая помощь новорожденному ребенку, рожденному в асфиксии.

Поскольку, согласно условию задачи, ожидается рождение ребенка в очень тяжелом состоянии (по данным кардиотокографии — брадикардия плода), экзаменуемый должен сообщить экзаменационной комиссии о необходимости присутствия на родах второго реаниматолога и медсестры. Экзаменатором предлагается помощь тьюторов для выполнения этой задачи.

В операционной после извлечения ребенка и пересечения пуповины необходимо перенести младенца на обогреваемый столик под радиантный источник тепла, в соответствии с принципом А уложить в позу «для чихания» (подложить валик под плечи, чтобы обеспечить максимально удобное положение для интубации трахеи); произвести санацию рото-, а затем носоглотки. Этим занимается экзаменуемый, как 1-й реаниматолог; в свою очередь, он должен распорядиться о действиях «коллеги», т. е. 2-го реаниматолога (тьютора): проведение тактильной стимуляции, а затем проведение непрямого массажа сердца.

«Медсестра» (второй тьютор), по распоряжению экзаменуемого, разводит эпинефрин в соотношении 1:10 (1 мл 0,18 % эпинефрина и 9 мл физиологического раствора) и набирает его из расчета 0,1–0,3 мл/кг разведенного для инстиляции в трахею, а также набирает болюсную нагрузку физиологическим раствором 10 мл/кг для введения в вену пуповины.

Экзаменуемый после кратковременной масочной вентиляции, указав на ее неэффективность, начинает интубацию трахеи. Правильность стояния интубационной трубки проверяется с помощью стимулированного коллеги (экзаменуемый, заинтубировав пациента, осуществляет несколько вентиляций мешком Амбу, при этом осведомляется о симметричности проведения дыхания по аускультативным данным). Затем проводится вентиляция через интубационную трубку в строгом соответствии с непрямым массажем сердца (3 компрессии к 1 вдоху, длительность каждого цикла составляет 2 секунды).

Через 30 секунд экзаменуемый отдает распоряжение стимулированному коллеге прекратить массаж сердца для подсчета частоты сердечных сокращений за 6 секунд (сам же он в это время продолжает вентиляцию). Экзаменатором дается вводная о количестве сердечных сокращений виртуального пациента (80 уд./мин). Экзаменуемый инстиллирует уже разведенный адреналин в интубационную трубку и продолжает сердечно-легочную реанимацию еще в течение 30 секунд, а затем вновь оценивает ЧСС.

Экзаменатором дается вводная: ЧСС — 100 уд./мин. 1-й реаниматолог (экзаменуемый) начинает катетеризацию вены пуповины, отдав распоряжение стимулированному коллеге продолжать вентиляцию мешком Амбу через интубационную трубку с частотой 40–60 уд./мин.

Для осуществления катетеризации вены пуповины следует измерить расстояние от мечевидного отростка до пупочного кольца и прибавить длину культы, подвязать шелковой лигатурой культю, затем следует взять заполненный теплым физиологическим раствором пупочный катетер и ввести на заданную глубину, необходимо получить обратный ток крови. Экзаменуемый берет заранее подготовленный медсестрой шприц с болюсной нагрузкой (10 мл/кг) и медленно вводит болюс за 3–6 минут.

Экзаменуемый обязательно должен указать на необходимость забора крови из вены пуповины для определения КОС.

Реанимационные мероприятия продолжают до стабилизации состояния ребенка, после чего на ручной ИВЛ малыш может быть транспортирован в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Заключительный этап. Завершить выполнение навыка и оценить результаты своих действий.

Далее экзаменуемому предстоит выполнить распоряжение членов экзаменационной комиссии.

Критерии оценивания действий экзаменуемого. В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: «Да» — действие было произведено; «Нет» — действие не было произведено.

В случае демонстрации экзаменуемым невнесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

Дополнительные замечания к организации станции _____

ФИО члена ЭК

Подпись

Информация для экзаменаторов представлена в алгоритме выполнения практического навыка, основной этап.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-02 «Педиатрия». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Клинические протоколы диагностики, реанимации и интенсивной терапии в неонатологии: утв. Приказом МЗ РБ № 81 от 28.01.2011 г.

3. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях»: Постановление МЗ РБ № 73 от 05.07.2017 г.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист)

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ № 1

Специальность

Педиатрия

Дата _____

Номер кандидата _____

Номер задания: Станция 1

Действие	Отметка о выполнении да/нет
1. Оценить состояние ребенка по шкале Апгар, поставить диагноз асфиксии тяжелой степени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Сформировать команду из двух неонатологов-реаниматологов и медсестры, привлекая тьюторов. Распределить роли, отдав корректные распоряжения с подробными указаниями последовательных действий стимулированных коллег	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Принять только что извлеченного ребенка, провести санацию верхних дыхательных путей, уложить в позу «для чихания», начать масочную вентиляцию	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Отметить неэффективность масочной вентиляции, правильно заинтубировать ребенка, проверить корректность стояния интубационной трубки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Корректно проводить вентиляцию мешком Амбу через интубационную трубку в строгом соответствии с непрямым массажем сердца	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Указать на необходимость катетеризации вены пуповины, правильно выбрать лекарственное средство для проведения волемиической нагрузки (физиологический раствор), правильно произвести расчет объема и скорости его введения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Правильно рассчитать дозу эпинефрина с учетом соответствующего разведения, указать на необходимость его введения, выбрать путь введения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Своевременно контролировать ЧСС, координируя свои действия с действиями стимулированного коллеги	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Правильно произвести катетеризацию вены пуповины, определив глубину введения катетера, отметить отсутствие необходимости введения адреналина умбиликально	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Указать на необходимость забора крови из вены пуповины для определения КОС. Оценить состояние пациента как стабильное, указать на возможность и условия его транспортировки в отделение интенсивной терапии и реанимации	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Сумма баллов:

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

**Дефектная ведомость
для экзаменационной станции «Педиатрия»
объективного структурированного клинического экзамена**

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующий ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

Должность и расшифровка подписи

ПРОВЕДЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 6-го курса, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оценить навыки аттестуемого по умению оценки состояния и пальпации молочных желез и дальнейших диагностических действий с целью верификации опухолевого процесса.

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8,5 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
6,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым навыков физикального обследования пациентки с опухолевыми процессами в молочных железах и умение интерпретировать полученные данные.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать рабочее помещение (процедурный кабинет) и включать оборудование (оснащение):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Манекен (симулятор) обеспечивающий возможность демонстрации проверяемого навыка.
4. Раковина, средства для обработки рук, приспособление для высушивания рук (возможна имитация).
5. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

На стене висит бумага с указанием адреса места действия, этаж и номер кабинета.

Расходные материалы: медицинские перчатки.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Обследование пациентки с опухолевыми процессами в молочной железе	Готовность к установлению диагноза и составлению плана обследования

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач общей практики поликлиники. Вы проводите профилактический осмотр пациентки. Оцениваете жалобы, состояние кожных покровов, симметрию молочных желез, состояние регионарных лимфатических узлов. Проводите полный осмотр тканей молочных желез с целью выявления новообразований. Даете описательную картину образованию, формулируете предварительный диагноз и составляете план дополнительных обследований и рекомендаций.

Важно! Необходимо максимально озвучивать свои действия. Навыки мытья рук на данной станции не оцениваются.

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. Приведение манекена (симулятора) в исходное состояние
3. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).

2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).

2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).

3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).

4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (табл. 2).

Таблица 2

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена ЭК и экзаменуемого

№ п/п	Текст вводной	Действие экзаменуемого
1.	Дать вводную: «Установить контакт с пациентом»	Установление контакта с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)
2.	Дать вводную: «Идентифицировать пациента»	Просит пациента представиться, чтобы сверить с медицинской документацией
3.	Дать вводную: «Информируете пациента о ваших предстоящих действиях»	Дает информацию пациенту о предстоящем осмотре, вопросы о согласии и о наличии вопросов
4.	Дать вводную: «Обработать руки»	Проводит гигиеническую обработку рук
5.	Дать вводную: «Осмотреть кожные покровы»	Оценивает состояние кожных покровов
6.	Дать вводную: «Оценить внешнее состояние молочных желез»	Оценивает внешнее состояние молочных желез
7.	Дать вводную: «Оценить состояние подмышечных и надключичных лимфоузлов»	Оценивает состояние подмышечных и надключичных лимфоузлов
8.	Дать вводную: «Определить наличие образований в молочных железах»	Определяет наличие образований в молочных железах
9.	Дать вводную: «Дать описательную картину опухоли»	Дает описательную картину опухоли
10.	Дать вводную: «Сформулировать предварительный клинический диагноз»	Формулирует предварительный диагноз
11.	Дать вводную: «Составить план лабораторных и инструментальных методов исследования»	Составляет план обследования

Алгоритм выполнения практического навыка

Подготовительный этап. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка обследования пациентки с опухолевыми процессами молочной железы. Важно соблюсти последовательность действий.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10. 2013 № 107.

3. Доброкачественные заболевания молочных желез: учеб.-метод. пособие / Т. А. Корень, Т. И. Минайло, М. Н. Шепетько. Минск: БГМУ, 2014. 36 с.

4. Заболевания молочной железы: учеб.-метод. пособие / В. М. Казаченок, В. В. Барьяш. Минск: БГМУ, 2005. 16 с.

5. Дисгормональная патология молочных желез, методы диагностики и лечения: учеб.-метод. Пособие / Б. Б. Кравец, Е. Ю. Устинова, А. Н. Попов. Воронеж: Научная книга, 2011. 72 с.

Информация для симулированного пациента (при необходимости). Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости). Не предусмотрено.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: «Да» — действие было произведено; «Нет» — действие не было произведено.

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

Специальность Лечебное дело

ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Станция «Экстренная медицинская помощь при анафилактическом шоке»

Действие аккредитуемого	Отметка о выполнении
1. Установить контакт с пациентом (поздороваться, представиться, обозначить свою роль)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2. Идентификация пациента (попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. Информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. Гигиеническая обработка рук мед. персонала до начала манипуляции	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
5. Провести осмотр кожных покровов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. Оценить внешнее состояние молочных желез	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. Оценить состояние подмышечных и надключичных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. Установить наличие образований в молочных железах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
9. Дать описательную картину опухоли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
10. Правильно сформулировать предварительный клинический диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. Правильно составить план лабораторных и инструментальных методов исследования с целью верификации новообразования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12. Не делать других нерегламентированных и небезопасных действий	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Сумма баллов:

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
22–21	10 (десять)	10–8	5 (пять)
20–18	9 (девять)	7–6	4 (четыре)
17–16	8 (восемь)	5–4	3 (три)
15–14	7 (семь)	3–2	2 (два)
13–11	6 (шесть)	1	1 (один)

ФИО члена ЭК

подпись

Отметка о внесении в базу

**Дефектная ведомость
для экзаменационной станции
«Проведение физикального обследования пациентки
с опухолевыми процессами в молочных железах»
объективного структурированного клинического экзамена**

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующий ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

_____ Должность и расшифровка подписи

ТЕХНИКА ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ

Специальность 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Уровень измеряемой подготовки. Студенты 5-го курса, прошедшие врачебную клиническую производственную практику, и выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по образовательной программе в соответствии с государственным образовательным стандартом по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело».

Проверяемые компетенции. Оказание первой медицинской помощи при переломах диафиза бедренной кости в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Продолжительность работы на станции. Всего — 10 мин (на непосредственную работу — 8,5 мин).

1,5 мин — ознакомление с заданием (брифингом)	1,5 мин
6,5 мин — предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8 мин
1 мин — приглашение перейти на следующую станцию	9 мин
1 мин — смена экзаменуемых	10 мин

Задача станции. Демонстрация экзаменуемым навыков транспортной иммобилизации перелома диафиза бедренной кости.

Информация по обеспечению работы станции. Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

Рабочее место члена экзаменационной комиссии (ЭК):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа) (при возможности).

В случае использования для оценки практического навыка (умения) бумажных оценочных чек-листов необходимо распечатать их в количестве, соответствующем числу экзаменуемых.

Рабочее место экзаменуемого. Перед входом на станцию должно быть размещено задание (брифинг) экзаменуемому. Станция должна имитировать бытовые условия комнаты или улицы и включать оборудование (оснащение):

1. Манекен взрослого пациента в одежде.
2. Маски хирургические одноразового применения.
3. Перчатки одноразовые латексные нестерильные.
4. Лестничная шина Крамера длинная 10 × 120 см — 3 шт.
5. Ножницы для срезания бинта.
6. Медицинская документация (описание клинических симптомов пациента).

7. Банка антисептика (Септоцид, Инол) 1000 мл.

8. Помощник (из студентов) — роль фельдшера бригады скорой помощи.

Расходные материалы:

1. Бинт нестерильный 5 × 10 см — 3–4 шт.

2. Вата для подкладочного материала.

Перечень ситуаций (сценариев) станции (табл. 1).

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их компетенциям

№ п/п	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел компетенций
1	001	Изолированный перелом диафиза бедренной кости в нижней трети	Выполнение транспортной иммобилизации при переломе бедренной кости

Информация (брифинг) для экзаменуемого. Вы — врач бригады скорой помощи. Приехали на вызов. Мужчина 40 лет падение с высоты 1,5 метров. Занимает вынужденное положение лежа на земле, т. к. правая нижняя конечность утратила опорную функцию. Выраженный болевой синдром и деформация области нижней трети правого бедра. Видимого кровотечения нет. Витальные функции сохранены. Сопутствующих повреждений нет. В машине скорой помощи есть необходимое оснащение для транспортной иммобилизации. Ваша задача — оценить клиническую картину и оказать первую медицинскую помощь, самостоятельно выбрать тип иммобилизации. **Важно!** Необходимо максимально озвучивать свои действия и грамотно взаимодействовать с фельдшером бригады скорой помощи (студент или лаборант).

Информация для вспомогательного персонала и членов экзаменационной комиссии

Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции:

1. Проверка соответствия комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества экзаменуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет (при наличии).
5. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции:

1. Приведение станции после работы каждого экзаменуемого в первоначальный вид: проверка наличия необходимых материалов для следующего экзаменуемого; утилизация использованных расходных материалов.
2. Приведение манекена (симулятора) в исходное состояние.
3. После выхода экзаменуемого пригласить следующего экзаменуемого.

Действия членов экзаменационной комиссии перед началом работы станции:

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).

2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка персональных данных (ФИО и номера сценария).

Действия членов экзаменационной комиссии в ходе работы станции:

1. Идентификация личности экзаменуемого в оценочном листе (чек-листе).

2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий экзаменуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).

3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий экзаменуемого, дефектная ведомость заполняется после окончания сценария (в случае необходимости).

4. Ведение минимально необходимого диалога с экзаменуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (табл. 2).

Таблица 2

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена ЭК и экзаменуемого

№ п/п	Действие экзаменуемого	Текст вводной
1.	При попытке оценки общего состояния пострадавшего	Дать вводную: «Витальные функции сохранены»
2.	При уточнении у пациента поврежденной конечности	Дать вводную: «Правая»
3.	При попытке оценить пульс на артериях тыла стопы	Дать вводную: «Пульс удовлетворительного наполнения»
4.	При попытке оценить неврологические расстройства пальцев стопы	Дать вводную: «Неврологические расстройства отсутствуют»
5.		За минуту до окончания работы сообщить: «У вас осталась одна минута»
6.	При грубой работе с нижней конечностью пострадавшего	Дать вводную: «Боль усилилась»

Алгоритм выполнения практического навыка. Экзаменуемый знакомится с письменным заданием (брифингом) перед входом на станцию.

Основной этап. На основном этапе экзаменуемый непосредственно демонстрирует выполнение практического навыка, осуществление транспортной иммобилизации перелома диафиза бедренной кости в нижней трети. Важно соблюдать последовательность действий, знать важные нюансы иммобилизации, особенно при данной локализации перелома.

Подготовительный этап:

1. Надеть маску для защиты себя.

2. Надеть перчатки нестерильные.
3. Оценить общее состояние пациента (проговорить протокол оценки).
4. Оценить пальпаторно состояние нижней конечности — локализацию травмы (проговариваем условие — перелом нижней трети диафиза бедра).
5. Снять обувь с пострадавшей ноги.
6. Оценить ангионеврологические расстройства конечности: оценка пульса на тыле стопы, но не оценивать пульс в подколенной области. Оценка тактильной чувствительности стопы и нижней трети голени. Обязательно оценка двигательной функции только по движениям пальцев стопы, чтоб не причинять боль пострадавшему.

Основной этап:

1. Выбрать 3 шины Крамера для фиксации нижней конечности.
2. Снимать одежду (брюки) с пострадавшей конечности нельзя, если нет признаков кровотечения.
3. Обмотать шины Крамера подкладочным материалом для мягкости.
4. Прификсировать подкладочный материал бинтом.
5. Смоделировать заднюю шину Крамера по здоровой ноге от поясничного отдела позвоночника, до пальцев стопы, с углом сгибания в коленном суставе около 15–20 градусов и нейтральным положением голеностопного сустава.
6. Объяснить помощнику порядок его действий: удерживать за голень (одна рука располагается в нижней трети голени, вторая в верхней трети) пострадавшую конечность в легкой тракции по оси, и придав положение 15-градусного сгибания в коленном суставе, не ослабляя тракцию приподнять нижнюю конечность от поверхности.
7. После приподнятия нижней конечности, одним слаженным движением расположить шину под ногу пострадавшего от поясничного отдела позвоночника до кончиков пальцев стопы.
8. Объяснить помощнику, что он не ослабляя тракцию должен уложить ногу пострадавшего на заднюю шину и перехватить в зоне голеностопного сустава и стопы, придерживая голень от избыточной наружной или внутренней ротации.
9. Произвести фиксацию нижней конечности пострадавшего к задней шине несколькими турами бинта, начиная от зоны коленного сустава в дистальном направлении с обязательной фиксацией стопы, чтоб избежать ротации дистального сегмента.
10. Указать помощнику отпустить ногу пострадавшего.
11. Уложить вторую прямую шину Крамера по внутренней стороне бедра. Обязательно контроль проксимального конца шины, чтоб не травмировать наружные половые органы пациента от избыточного давления.
12. Внутренняя шина должна доходить от промежностной зоны до зоны голеностопного сустава, если шина длиннее, чем нижняя конечность

пострадавшего, то дистальный конец необходимо загнуть на стопную часть задней шины на 90°.

13. Дать указания помощнику придерживать рукой внутреннюю шину.

14. Уложить наружную шину, самую длинную, по возможности от зоны подмышечной впадины, при отсутствии такой длины — допустимо от треугольника талии.

15. Длина ее должна доходить до голеностопного сустава или быть загнутой над стопной частью задней шины.

16. Дать указания помощнику придерживать другой рукой наружную шину.

17. Начать прибинтовывать бедро пострадавшего к 3 шинам от зоны коленного сустава, как единственной локализации, которая приподнята над землей за счет сгибания в коленном суставе 150.

18. После наложения нескольких туров бинта командовать помощнику приподнять ногу над поверхностью пола, удерживая за заднюю шину в проекции верхней трети голени одной рукой и нижней трети голени другой рукой, при этом предплечья помощника при согнутой в лучезапястном суставе руке дополнительно прижимают боковые шины.

19. Продолжить фиксацию шин аккуратными, несдавливающими турами, чтоб избежать отека. Фиксацию закончить на уровне верхней трети бедра.

20. Узел бинта расположить на поверхности шины, а не мягких тканей пострадавшей конечности.

21. Для придания нижней конечности пациента положения сгибания в коленном суставе, учитывая мягкость сплава шины Крамера и тяжесть конечности пострадавшего, подложить под область коленного сустава банку септоцида или валик из ваты.

Заключительный этап:

1. Оценить общее состояние пациента после наложения иммобилизации.

2. Оценить ангионеврологические расстройства после наложения иммобилизации.

3. Снять перчатки.

Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа:

1. Образовательный стандарт высшего образования. Высшее образование. Первая ступень. 1-79 01-01 «Лечебное дело». Квалификация: врач. Утвержден постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 30.08.2013 № 88.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10. 2013 № 107.

3. Травматология и ортопедия: учеб.-метод. пособие / С. И. Киричек. Минск: БГМУ, 2002. С. 62–63.

Информация для симулированного пациента (при необходимости).
Не предусмотрено.

Информация для симулированного коллеги (при необходимости).
Роль — фельдшер бригады скорой помощи. Только четкое выполнение команд испытуемого.

Критерии оценивания действий экзаменуемого (оценочный лист или чек-лист). В оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения экзаменуемым с помощью активации кнопок: действие было произведено; действие не было произведено и промежуточных вариантов — произведено не в полном объеме.

В случае демонстрации экзаменуемым не внесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости. В оценочный лист (чек-лист) экзаменуемого вносят только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция вносится членом экзаменационной комиссии в бумажный и электронный оценочный лист.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ (чек-лист)

Специальность Лечебное дело
ФИО экзаменуемого _____

Дата _____

Станция «Техника транспортной иммобилизации перелома диафиза бедренной кости в нижней трети»

Этапы	Критерии	Оценка
1. Подготовка к работе с пациентом	Надеть маску	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
2. Подготовка к работе с пациентом	Надеть перчатки	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
3. Осмотр пациента	Проговорить кратко порядок оценки витальных функций пациента	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
4. Осмотр пациента	Пальпаторная оценка нижней конечности и бедра пострадавшего	Проведена — 1 балл Не проведена — 0 баллов
5. Осмотр пациента	Раздевание пострадавшего	Только обувь пострадавшей ноги — 1 балл Снятие брюк/не снятие обуви — 0 баллов
6. Осмотр пациента	Оценка кровообращения в пострадавшей конечности	Проверить пульс на стопе — 1 балл Не проверил/ попытка проверить пульс в подколенной области — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
7. Осмотр пациента	Оценка неврологических расстройств	Проверить тактильную чувствительность и движение пальцев стопы — 2 балла Только тактильную/движения в пальцах — 1 балл Не проверено — 0 баллов
8. Основной этап: выбор средств иммобилизации	Выбрать 3 длинные шины Крамера: 120 см	3 шины — 1 балл Меньше 3 — 0 баллов
9. Подготовка шины	Обмотать лестничную шину подкладочным материалом	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
10. Подготовка шины	Фиксация подкладочного материала бинтом	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
11. Подготовка шины	Наличие выпуклостей и складок на рабочей поверхности шины	Нет — 1 балл Есть — 0 баллов
12. Моделирование шины	Моделирование шины по здоровой конечности пострадавшего	По здоровой — 1 балл По больной — 0 баллов
13. Моделирование шины	Оценка длины задней шины	От поясничной области до пальцев стопы — 1 балл Недостаточная длина — 0 баллов
14. Моделирование шины	Создание угла сгибания в коленном суставе 15–20°	Угол сгибания в коленном суставе шины 15–20° — 1 балл Нет угла сгибания — 0 баллов
15. Моделирование шины	Угол сгибания голеностопного сустава — среднефизиологический	Шина в проекции голеностопного сустава согнута под 90° — 1 балл Не согнута — 0 баллов
16. Иммобилизация	Подключение к работе помощника	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
17. Иммобилизация	Правильность обращения с ногой пострадавшего при подкладывании задней шины	Правильное расположение рук помощника на конечности пострадавшего — 1 балл Неправильное — 0 баллов
18. Иммобилизация	Правильность обращения с ногой пострадавшего при подкладывании задней шины	Осуществление одновременной тракции за голень и сгибания 20° в коленном суставе — 2 балла Тракция/сгибание — 1 балл Нет (подъем прямой ноги) — 0 баллов
19. Иммобилизация	Правильность и бережное подкладывание задней шины	Подложена быстро и аккуратно (1–2 движения) — 1 балл Долго/удар по ноге/лишние движения — 0 баллов
20. Иммобилизация	Провизорная фиксация задней шины бинтом	Да с фиксацией стопы — 2 балл Да без фиксации стопы — 1 балл Нет (продолжает удерживать помощник) — 0 баллов

Этапы	Критерии	Оценка
21. Моделирование внутренней шины	Измерение длины внутренней шины (если длинная заранее согнуть за стопой) под 90°	Правильно подобрана длина от зоны промежности с фиксацией голеностопного сустава — 1 балл Короткая/длинная — 0 баллов
22. Иммобилизация	Расположение внутренней шины в зоне промежности	Не упирается в наружные половые органы пострадавшего — 1 балл Слишком давит на наружные половые органы с риском их повреждения — 0 баллов
23. Моделирование наружной шины	Длина наружной шины от голеностопного сустава до подмышечной области (допустима короче в проксимальном направлении)	С фиксацией голеностопа — 1 балл Без фиксации — 0 баллов
24. Окончательная фиксация	Фиксация турами бинта от зоны коленного сустава в дистальном направлении	От коленного сустава — 1 балл С дистального или проксимального конца — 0 баллов
25. Окончательная фиксация	Правильное расположение рук помощника относительно шин	Шины не распадаются и не смещаются вовремя бинтования — 1 балл Постоянно поправляют их положение — 0 баллов
26. Окончательная фиксация	Качество бинтования прочно, но не туго	Туры бинта прочные, но не сдавливают конечность — 1 балл Очень тугие/расслабленные — 0 баллов
27. Окончательная фиксация	Закончить фиксацию на уровне верхней трети бедра	Да — 1 балл На уровне средней или нижней трети — 0 баллов
28. Окончательная фиксация	Расположение узла бинта	На поверхности шины — 1 балл На мягких тканях ноги — 0 баллов
29. Окончательная фиксация	Подложить валик под колено (минимизировать пружинящие свойства лестничной шины)	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
30. Заключительный	Повторная оценка общего состояния пациента	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
31. Заключительный	Повторная оценка кровоснабжения конечности	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
32. Заключительный	Повторная оценка неврологических расстройств конечности	Да — 1 балл Нет — 0 баллов
33. Резюме	Оценка прочности фиксации	Фиксация прочная — 1 балл Не прочная — 0 баллов
34. Резюме	Оценка слаженности работы с помощником	Команды четкие, понятные — 1 балл Работа не слаженная — 0 баллов

Всего баллов: _____

Переводная шкала

Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале	Сумма баллов	Отметка по 10-балльной шкале
37–34	10 (десять)	17–14	5 (пять)
33–30	9 (девять)	13–10	4 (четыре)
29–26	8 (восемь)	9–6	3 (три)
25–22	7 (семь)	5–2	2 (два)
21–18	6 (шесть)	1	1 (один)

ФИО члена ЭК _____

подпись _____

Отметка о внесении в базу _____

**Дефектная ведомость
для экзаменационной станции
«Техника транспортной иммобилизации перелома диафиза
бедренной кости в нижней трети»
объективного структурированного клинического экзамена**

ФИО студента _____

Факультет _____ группа _____ дата _____

№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Дата	Подпись экзаменатора

Дополнительные замечания к организации экзаменационной станции в следующей ОСКЭ _____

Экзаменатор _____

Должность и расшифровка подписи

ОГЛАВЛЕНИЕ

Взятие мазков для бактериоскопического исследования из уретры, цервикального канала и влагалища	4
Клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований при заболеваниях внутренних органов	11
Пункция плевральной полости	16
Базовые эндохирургические навыки	39
Оформление рецепта врача (в соответствии с клинико-фармакологическим сценарием)	52
Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом после перенесенной пневмонии.....	61
Физикальное обследование пациента с избыточной массой тела или ожирением с целью верификации основных компонентов метаболического синдрома	68
Пальцевое ректальное исследование предстательной железы	75
Техника фиксации голеностопного сустава задней гипсовой лонгетой	85
Техника фиксации лучезапястного сустава тыльной гипсовой лонгетой	95
Первичная реанимация новорожденного в родильном зале.....	105
Проведение физикального обследования пациентки с опухолевыми процессами в молочных железах	113
Техника транспортной иммобилизации перелома диафиза бедренной кости в нижней трети.....	119