

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ХИРУРГИЯ

Специальность 31.08.60 Пластическая хирургия
код, наименование

Кафедра: госпитальной хирургии им. Б.А. Королёва

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2024

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Хирургия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Хирургия органов брюшной полости	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Хирургическая инфекция	
	Промежуточный	Разделы 1,2	Тестовые задания
		Раздел 3. Хирургия органов грудной клетки	Ситуационные задачи
		Раздел 4. Заболевания и повреждения сосудов	
		Раздел 5. Амбулаторная хирургия	
	Промежуточный	Разделы 3,4,5	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

		Раздел 1,2
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания. Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.
В	1	Диагноз и дополнительные методы исследования.
Э	-	Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
В	2	Определение степени острой кровопотери.
Э	-	По Алговеру (индекс шока PS/cAD) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л
В	3	Методы определения групповой принадлежности крови.
Э	-	Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
В	4	Тактика, лечения
Э	-	Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
В	5	Объём инфузионно-трансфузионной терапии
Э	-	На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ рас-твор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
В	6	Возможные осложнения при гемотрансфузии
Э	-	Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба
В	7	Возможные осложнения при гемотрансфузии
Э	-	Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пиро-генные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфу-зии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных

		гемотрансфузий, цит-ратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепа-титы)
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании поместу жительства на УЗИ в пра-вой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.
В	1	Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
Э	-	Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
В	2	Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?
Э	-	ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно

		тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.
В	1	Предположительный диагноз.
Э	-	Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
В	2	Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
Э	-	Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия
В	3	С чем следует провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалокolon, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
В	4	Алгоритм Ваших действий
Э	-	Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
В	5	Принципы консервативной терапии
Э	-	В зависимости от интраоперационной находки используют одно-двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного.
В	6	Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
Э	-	На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

		Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10/л, диастаза мочи – 512 ЕД.
В	1	О каком заболевании может идти речь?
Э	-	Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
В	2	Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
Э	-	ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
В	3	Какая лечебно-диагностическая программа?
Э	-	Общий анализ крови, диастаза мочи. Консервативное лечение по основным направлениям ОП: - борьба с болью, восполнение ОЦК. - воздействие на местный патологический очаг, - уменьшение эндоинтоксикации, - коррекция тромбгеморрагических осложнений, - иммунокоррекция, - нутритивная и энергетическая поддержка.
В	4	Показания к оперативному лечению. Виды операций.
Э	-	При осложнениях кист – оперативное: - дренирующие операции, - резекция ПЖ.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).
В	2	Классификация?
Э	-	Клинико-морфологическая, согласно НКР
В	3	Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы,

		фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи. ФГДС, УЗИ.
В	4	4. Ваша тактика: • основные направления консервативной терапии. • Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
Э	-	Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками. В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.
В	1	Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
Э	-	Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка
В	2	О повреждении какого органа можно предполагать?
Э	-	Отрыв, надрыв или разрыв правой почки
В	3	Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
Э	-	Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки
В	4	Метод лечения?
Э	-	Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов,

		отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы. Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин., язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
В	2	План обследования, методы верификации диагноза?
Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
В	3	Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
Э	-	Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
В	4	Назовите возможные радикальные операции?
Э	-	В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
В	5	Методы паллиативного лечения?
Э	-	Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
В	6	Задачи диспансерного наблюдения?
Э	-	Выявление рецидива
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт.ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.
В	1	О каком осложнении следует думать в этом случае?

Э	-	У больного развился острый глубокий тромбофлебит в нижних конечностях, что может привести к тромбэмболии легочной артерии
В	2	Какие лечебные мероприятия необходимо применить?
Э	-	Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.
В	3	Какой объем мер неспецифической профилактики этого осложнения необходимо проводить таким больным?
Э	-	Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей; прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.
В	4	В какой специфической (медикаментозной) профилактике нуждаются такие больные?
Э	-	Специфическая профилактика: применение 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины); 2) низкомолекулярные декстраны в/в; 3) дезагреганты.
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 32 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты – 18 тыс.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).
В	2	Какие следует применить методы обследования для уточнения диагноза?
Э	-	Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.
В	3	Причины развития подобного осложнения и меры профилактики его при подобных операциях?
Э	-	Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное

		дренирование отложих мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия.
В	4	Тактика в лечении этой патологии?
Э	-	В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
В	5	Объем и особенности пособия при этом осложнении?
Э	-	Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гнойника трубкой.
В	6	Сделайте назначения в послеоперационном периоде.
Э	-	Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
В	2	Этиология и патогенез данного заболевания?
Э	-	Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевой синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
В	3	Классификация заболевания?
Э	-	Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
В	4	С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным

		расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
В	5	Возможные осложнения данного заболевания?
Э	-	Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
В	6	Объем обследования пациентки?
Э	-	Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
В	7	Варианты тактики лечения при данной патологии?
Э	-	Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 – 7 см в диаметре. Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки. Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД – 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет. Больная обратилась к Вам на прием.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз?

В	2	Классификация заболевания?
Э	-	Вправимая, невправимая, ущемленная; осложненная, неосложненная; по локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные.
В	3	Дополнительные методы обследования?
Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ
В	4	С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость
В	5	Варианты лечения?
Э	-	Фасциально-апоневротическая, Мышечно-апоневротическая, Мышечная Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay), Комбинированная пластика
В	6	Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.
Э	-	Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты.
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм

		рт ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.
В	1	О каком послеоперационном осложнении следует думать?
Э	-	Анастомозит
В	2	Как уточнить причину осложнения?
Э	-	ФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ)
В	3	Какое лечение необходимо назначить больному?
Э	-	Диета, полный спектр противоязвенной эрадикационной терапии, препараты, улучшающие моторику желудка
В	4	Когда возникают показания к хирургическому лечению?
Э	-	Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза
В	5	Каков объем операции при данной патологии?
Э	-	Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
В	6	В чем заключается профилактика данного послеоперационного осложнения?
Э	-	Профилактика заключается в предупреждении технических ошибок во время операции, продолжение противовоспалительной и противоязвенной терапии в послеоперационном периоде, динамическое наблюдение посредством ЭФГДС, строгий режим питания в послеоперационном периоде (позапное расширение диеты, дробность принятия пищи и т.д.)
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38о С. Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум

		плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t o. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
В	2	Этиопатогенез данной патологии?
Э	-	При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
В	3	Классификация заболевания?
Э	-	Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)
В	4	Объем обследования больной в данном случае?
Э	-	Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости
В	5	Тактика лечения данного заболевания?
Э	-	Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина – Блюмберга

		слабоположительный.
В	1	О какой патологии у больной можно думать?
Э	-	ЖКБ: Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, гнойным холангитом и механической желтухой
В	2	Лечебно-диагностическая тактика?
Э	-	После подтверждения диагноза на УЗИ выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, промывание холедоха и литэкстракция под в\в наркозом
В	3	Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
Э	-	УЗИ, ЭФГДС с осмотром БДС, Холедохоскопия, Холангиография
В	4	Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
Э	-	При неэффективности консервативной инфузионной спазмолитической терапии и эндоскопических малоинвазивных методов удаления камней из желчных протоков показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации. Показана: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха и брюшной полости
В	5	Особенности ведения послеоперационного лечения?
Э	-	Начиная с 5-х суток периодически все с большим интервалом перекрывается дренаж холедоха с целью формирования нормального тока желчи в 12п.кишку. Дренаж удаляется на 8 – 10 сутки.
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы. Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
В	2	План обследования, методы верификации диагноза?

Э	-	Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца, ФКС
В	3	Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
Э	-	Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
В	4	Назовите возможные радикальные операции?
Э	-	В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
В	5	Методы паллиативного лечения?
Э	-	Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Ферментативный перитонит.
В	2	Классификация?
Э	-	Классификация Atlanta, с изменениями согласно Acute pancreatitis working group 2012
В	3	Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови, биохимия крови, амилаза, диастаза мочи. УЗИ, КТ, ФГДС.
В	4	Ваша тактика: • основные направления консервативной терапии. • показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
Э	-	По основным направлениям консервативной терапии острого панкреатита. Оперативное лечение (малоинвазивное, традиционное): - неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН, - инфицированный ПН и /или панкреатогенный абсцесс, гнойный

		перитонит.
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 45 лет длительное время наблюдались боли в поясничной области, больше справа, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Вчера, после лыжной прогулки, боли в поясничной области усилились, иррадиировали вниз живота. Больная приняла 2 таблетки анальгина, после чего боли утихли, но появилась примесь крови в моче. Сегодня утром моча была чистая, и женщина обратилась к врачу. При лабораторном исследовании в анализе мочи протеинурия (белок 0,15 г/л), лейкоцитурия 8-12 лейкоцитов в п/зр., ми-крогематурия до 60 эритроцитов в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой почки контрастная тень размером 2,5х2 см.
В	1	Какова последовательность болей в пояснице и гематурии при раке почки и мочекаменной болезни?
Э	-	При МКБ сначала боли, затем гематурия, при раке почки вначале безболевая гематурия, затем боли на фоне обтурации мочеточника сгустка крови.
В	2	Каков диапазон дифференциальной диагностики почечной колики?
Э	-	Печеночная колика, кишечная колика, воспаление придатков, нижнедолевая пневмония, герпес
В	3	Что явилось причиной почечной колики у данной больной?
Э	-	Травмирование камнем почки при физической нагрузке, ведущее к нарушению уродинамики.
В	4	Чем можно объяснить наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче?
Э	-	Травма почки камнем. - камень почки является постоянным источником воспаления и лейкоцитурии.
В	5	Какие дополнительные методы исследования следует применить?
Э	-	УЗИ почек, экскреторная урография.
В	6	Варианты лечения данной пациентки?
Э	-	Дистанционная литотрипсия. - нефролапексия, - пиелокистотомия
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный,

		артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.
В	1	Какой основной диагноз заболевания?
Э	-	Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
В	2	Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
Э	-	Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.
В	3	Какие основные направления лечения основного заболевания?
Э	-	Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг; Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбгеморрагического синдрома; иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия;
В	4	Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
Э	-	Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
В	5	Какое оперативное лечение показано больному?
Э	-	Малоинвазивное вмешательство.
В	6	Исход данного осложнения?
Э	-	Рассасывание образований кисты, инфицирование.

		Раздел 3,4,5
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.
В	1	Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
Э	-	Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия 2-а ст.
В	2	Клиническая классификация этого заболевания.
Э	-	доплерографическая оценка состояния сосудов.
В	3	План обследования пациентки.
Э	-	1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ; 2) доплерографическая оценка состояния сосудов.
В	4	С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
Э	-	Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит
В	5	Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
Э	-	Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.
В	6	Объем медицинской помощи.
Э	-	Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия
В	7	Возможные осложнения в послеоперационном периоде
Э	-	Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.

Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н. 28 лет обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в левой паховой области. Из анамнеза выяснили, что 6 месяцев назад оперирована амбулаторно: удалена небольших размеров опухоль розово-коричневого цвета на левой голени. Гистологического исследования не производилось. При осмотре голени виден послеоперационный рубец на передней поверхности длиной 3 см, мягкий, без признаков воспаления. Паховые лимфатические узлы слева плотные, малоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. В других органах и тканях патологических изменений при клиническом обследовании не обнаружено.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Пигментный невус? Меланома?
В	2	Какой метод морфологической верификации диагноза целесообразно применить?
Э	-	Пункционная или эксцизионная бтопсия паховых лимфатических узлов.
В	3	План уточняющей диагностики?
Э	-	Морфологическая верификация опухоли и метастазов (лимфоузлов).
В	4	Возможности хирургического лечения: название и объем операции?
Э	-	Операция Дюкена.
В	5	Дополнительные методы лечения?
Э	-	Лучевая и химиотерапия.
В	6	Укажите диагностические и тактические ошибки предшествующего лечения?
Э	-	Амбулаторное удаление опухоли без консультации онколога и проведение гистологического исследования.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П. 47 лет отмечает ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, слабость. В течение 20 лет имеет узловой эутиреоидный зоб, размером 2 x 2 см. Все эти годы образование не беспокоило, за последние полгода увеличилось в размерах до 3,5 x 3,5 см в диаметре. При пальпации образование плотное, малоподвижное, поверхность неровная. Лимфатические узлы по наружному краю правой кивательной мышцы увеличены, малоподвижные, плотные.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	Рак щитовидной железы? Метастазы в л/у шеи?

В	2	План обследования?
Э	-	УЗИ, тонкоигольная аспирационная биопсия (возможно с применением онкомаркеров), определение уровня тиреоглобулина в крови, ФЛГ
В	3	Какую документацию Вы заполните при установлении диагноза?
Э	-	При подтверждении диагноза рака щитовидной железы заполняется извещение о впервые выявленном онкологическом заболевании. При выявлении 4 клинической группы заболевания заполняется протокол запущенности онкозаболевания. При выписке из стационара заполняется онковыписка. Все эти документы направляются в онкодиспансер
В	4	Назовите врачебные ошибки предшествующего наблюдения?
Э	-	Не была выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (показана при узлах щитовидной железы более 1 см). Необходима диспансеризация больных узловым зобом
В	5	Определите лечебную тактику?
Э	-	Срочное оперативное лечение. В послеоперационном периоде супрессивная терапия тироксином. При выявлении очагов опухоли на сцинтиграфии – лечение радиоактивным йодом
В	6	Какую операцию следует выполнить в случае необходимости?
Э	-	Экстрафасциальная тиреоидэктомия, при наличии метастазов в л/у шеи потребуются фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
В	2	Этиология и патогенез заболевания?
Э	-	Триада Вирхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической

		болезни.
В	3	Классификация заболевания?
Э	-	по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий; -по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен; -по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.
В	4	С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
Э	-	С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.
В	5	Осложнения при данном заболевании?
Э	-	Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).
В	6	Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?
Э	-	При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В областную больницу из района авиатранспортом доставлен больной тракторист 28 лет с жалобами на боль в правой стопе, подергивание мышц стопы, боль в спине, обильное потоотделение, затруднение при открывании рта, повышение температуры. Из анамнеза выяснено, что 5 дней назад наступил на острый металлический предмет, за медпомощью не обращался, рану промыл водой и смазал края раны настойкой йода. Спустя 3 суток появились подергивания в стопе, потливость, высокая температура. Через 5 суток после травмы - затруднение при открывании рта. Объективно: состояние больного тяжелое. Пульс 108 в 1 минуту. АД-120/80 мм Hg, тоны сердца ясные, кожа влажная, бледная, температура 38,9 С. Местный статус: на подошвенной поверхности правой стопы в области III плюсневой кости рана 0,5х0,5 см, края неровные, отечные, из раны выделяется гной, вокруг раны инфильтрат 3х3 см, резкая болезненность при пальпации.
В	1	Диагноз?
Э	-	Столбняк.
В	2	В каком отделении должен лечиться данный больной?
Э	-	Показано лечение в условиях отдельной палаты интенсивной терапии с привлечением хирургов. Серотерапия. Противосудорожная терапия (феннотиозиновый ряд).

		Поддерживающая терапия.
В	3	Какое лечение показано данному пациенту?
Э	-	Затемненная палата. Хирургическая обработка раны. Синдромная терапия.
В	4	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	Остановка дыхания в связи с повреждением в системе сосудов малого круга кровообращения. (60 – 80%). Паралич сердечной деятельности.
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния – появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т – 39,2 С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.
В	2	Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния?
Э	-	Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость..
В	3	Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать?
Э	-	Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.
В	4	Какова тактика лечения больного?
Э	-	Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.
В	5	Осложнения при данном заболевании?
Э	-	Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция

		плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.
В	1	О каком осложнении следует думать в данном случае?
Э	-	Невправимая пахово-мошоночная грыжа
В	2	Классификация заболевания?
Э	-	Паховая грыжа: косая, прямая; вправимая, невправимая, ущемленная; врожденная, приобретенная; неполная, полная, скользящая.
В	3	Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания?
Э	-	Наличие пахового канала
В	4	Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
Э	-	Предрасполагающие факторы: наличие врожденных дефектов или расширение существующих в норме отверстий брюшной стенки в результате истончения и утраты эластичности тканей (при беременности, истощении и пр.), а также операционную или иную травму брюшной стенки. Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, подъем тяжестей, продолжительные запоры или затруднение мочеиспускания, роды, кашель при хронических заболеваниях легких и пр.
В	5	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика
В	6	Тактика лечения?
Э	-	Оперативное лечение в плановом порядке (учитывая трудоспособный возраст)
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 25 лет на проселочной дороге сбит легковым автомобилем, получил прямой удар в область правого бедра. Почувствовал сильную боль в средней трети бедра, подняться, опереться на правую ногу не смог. Этой же машиной, лежа на заднем сиденье без иммобилизации через 30 минут был доставлен в приемное отделение районной больницы. Вы дежурный врач ЦРБ. При осмотре пострадавший бледный, слегка заторможен. АД – 100/60 мм.рт.ст., пульс – 92 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧДД – 22 в минуту. Жалуется на сильную боль в правом бедре, невозможность пользоваться конечностью. Правая нога короче левой на 8 см за счет бедра. Кожа на бедре синюшно-бледная, синюшно-багровая в средней трети, здесь мягкие ткани напряжены, имбибированы кровью. Целостность кожных покровов не нарушена. Деформация правого бедра в

		средней трети с углом, открытым кпереди. При перекладывании пациента отмечалась выраженная патологическая подвижность и крепитация в средней трети бедра. Пульсация подколенной, задней большеберцовой и тыльной артерии стопы справа отчетливая. Движения и чувствительность в пальцах стопы сохранена.
В	1	Предварительный диагноз?
Э	-	Закрытый неосложненный перелом правого бедра в средней трети, со смещением. Шок I.
В	2	Дополнительные методы обследования?
Э	-	R-графия правого бедра в двух проекциях, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, мочи, УЗИ сосудов правой ноги.
В	3	Клинический диагноз?
Э	-	Закрытый неосложненный поперечный перелом правого бедра в средней трети со смещением.
В	4	Лечебная тактика в ЦРБ?
Э	-	Обезболивание, наложение шины Дитерихса (как варианты – скелетное вытяжение за пяточную кость и гребень большеберцовой, шина Бёлера с «бортиками»), инфузионная терапия шока, обследование для оперативного лечения.
В	5	План лечения?
Э	-	По стабилизации больного и обследования (через 5-10 дней) в шине Дитерихса транспортировать на этап специализированной помощи (для Ярославской области – отделение изолированной травмы конечности б-цы им. Н.В. Соловьева) для оперативного лечения.
В	6	Методики оперативного лечения?
Э	-	Ретро-, антеградный остеосинтез бедра титановыми стержнями прямоугольного и поперечного сечения, блокированными стержнями и пластинами обеспечивает надежную фиксацию отломков кости и не требует дополнительной внешней иммобилизации (гипс, ортезы).
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.

В	2	Клиническая классификация данной патологии?
Э	-	Классификация варикозной болезни (Москва, 2000г.) учитывает форму заболевания, степень ХВН и её осложнения: - Формы варикозной болезни: 1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса (рефлюкса). 2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам. 3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам. 4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам. - Хроническая венозная недостаточность: 0 – III степень. 0 Признаки отсутствуют I Синдром «тяжелых ног», преходящий отёк II Стойкий отёк, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема III Венозная трофическая язва (открытая или зажившая) - Осложнения: кровотечение, тромбофлебит, трофическая язва
В	3	Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи?
Э	-	Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.
В	4	План обследования больного?
Э	-	Функциональные пробы на клиническом этапе обследования. -Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирование вен, радионуклидная флебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам
В	5	Возможности инструментальных методов исследования?
Э	-	Ультразвуковая доплерография, как метод скрининговой диагностики признаков варикозной болезни. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и радионуклидная флебосцинтиграфия дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и перфорантных вен.
В	6	Консервативное и оперативное лечение?
Э	-	Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение). Первый этап – ликвидация рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам (эндоскопическая субфасциальная диссекция, эндовазальная лазерная коагуляция, склерозирование). Второй этап – венэктомия, (кроссэктомия, удаление стволов подкожных вен и притоков) после восстановления трофики или заживления язвы.
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больная, 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на высокую температуру тела до 39⁰С, покраснение, отек правой стопы и голени, наличие пузырей на коже правой голени. Из анамнеза: год назад находилась на стационарном лечении по поводу идентичной патологии. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. PS – 96 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Status localis: правая голень резко отечна, с переходом на стопу, кожные покровы ярко гиперемизированы с четкими границами, имеются множественные пузыри с серозным содержимым и участки диэпителизации. В области I межпальцевого промежутка правой стопы – инфицированная трещина
В	1	Клинический диагноз заболевания?
Э	-	Рожистое воспаление голени.
В	2	Этиопатогенез данного заболевания.
Э	-	Чаще стрептококковая инфекция. Входные ворота обычно острые травматические повреждения, либо трещины в зоне межпальцевых промежутков, возможно грибковые повреждения пальцев и ногтей.
В	3	Клиническая классификация данного заболевания?
Э	-	Стадии: эритематозная, булезная, гангренозная.
В	4	Основные принципы лечения данной патологии?
Э	-	Антибактериальная, детоксикационная терапия, местно повязки с антисептическими средствами. Специфическое лечение первичного очага инфекции.
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 45 лет строитель, обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли в области правой кисти, усиливающиеся при движениях, отек кисти, слабость, повышение температуры тела до 39 С. Из анамнеза установлено, что несколько дней назад укол проволочкой проксимальную фалангу первого пальца правой кисти. Через сутки появился отек, гиперемия, пульсирующие боли в области пальца, затруднения при его разгибании. Самостоятельно не лечился. Спустя 3 дня боли в кисти резко усилились, отек распространился на всю кисть, появилась слабость, головные боли, температура тела поднялась до 39 С. При осмотре: Состояние больного средней тяжести, температура тела 38.8 С, пульс 100 в минуту. Правая кисть резко отечна, багрово- синюшного цвета. При пальпации, на ладонной поверхности резкая болезненность, особенно в проекции сухожилий сгибателей 1 и 5 пальцев. Активные движения в кисти отсутствуют, пальцы несколько приведены к ладони, при попытке их пассивного

		разгибания больной кричит от боли. Также имеется гиперемия, болезненность в дистальной части правого предплечья. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны при пальпации.
В	1	Предварительный диагноз заболевания?
Э	-	Поверхностная флегмона правой кисти.
В	2	Тактика лечения?
Э	-	Иммобилизация. В/в введение антибиотиков по Фишману. Общая антибактериальная и детоксикационная терапия. Иммунизация. При прогрессировании оперативное вмешательство.
В	3	Особенности хирургического пособия при этом заболевании?
Э	-	Избежать повреждения зоны Конавелла и отводящего нерва
В	4	Варианты обезболивания?
Э	-	Местное, в/венное и наркоз
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.
В	2	Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?
Э	-	Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.
В	3	Какова тактика лечения больного в стационаре?
Э	-	Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганной дисфункции, иммунотерапия, исключение питания через рот.
В	4	Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.
Э	-	При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение,

		при необходимости – дополнительное обследование.
В	5	Виды оперативных доступов?
Э	-	Оперативные доступы к средостению: надгрудный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастернальный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания по разделам дисциплины.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Хирургия» для оценки компетенций : УК-1, УК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Раздел 1,2	
Тестовые задания с вариантами ответов	
001. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:	А. При остром деструктивном холецистите Б. При неущитом ложе удаленного желчного пузыря В. При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря Г. При редких швах ложа удаленного желчного пузыря Д. Тампон не ставят
При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:	А. Сроком с момента прободения Б. Степенью воспалительных изменений брюшины В. Величиной перфоративного отверстия Г. Локализацией перфоративного отверстия Д. Возрастом больного
003. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:	А. Анализ кала на скрытую кровь Б. Контрастную рентгеноскопию желудка В. Анализ желудочного сока на скрытую кровь Г. Фиброгастроскопию Д. Определение гемоглобина и гематокрита
004. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета «кофейной гущи» может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцати-перстной кишки	А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
005. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечения язвы 2. Ушивания язвы 3. Резекции желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
006. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость — вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками: А. Инсулемы поджелудочной железы Б. Синдрома приводящей петли В. Пептической язвы анастомоза Г. Демпинг-синдрома Д. Синдрома малого желудка
007. Секретин образуется: А. В двенадцатиперстной кишке Б. В печени В. В поджелудочной железе Г. В дистальных отделах тонкой кишки Д. В гипоталамусе
008. Основным стимулятором освобождения секретина является: А. Соляная кислота Б. Продукты расщепления белков В. Жиры Г. Углеводы Д. Все перечисленные факторы
009. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
010. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введение растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния А. Верно 2,3,4,5

Б. Верно 1,2,3,4 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4,5
011. Резекция на выключение может быть выполнена: А. При низкой постбульбарной язве Б. При пенетрации язвы в печеночнодуоденальную связку В. При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки Г. При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы Д. При пенетрации язвы в печень
012. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является: А. Икота Б. Отсутствие кишечных шумов В. Вздутие в области эпигастрия Г. Тахикардия Д. Рвота
013. Острое расширение желудка может быть распознано: А. Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении Б. Лапароцентезом В. Назогастральной интубацией Г. Перкуссией брюшной стенки Д. Исследованием плазмы крови на серотонин
014. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные: А. Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки Б. Поздней обращаемостью В. Возможностью психозов Г. Возможностью суицидальных попыток Д. Всем перечисленным
015. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: А. Рвота Б. Желудочное кровотечение В. Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости Г. Частый жидкий стул Д. Икота
016. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: А. Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки Б. Постбульбарные язвы В. Язвы малой кривизны желудка Г. Язвы большой кривизны желудка Д. Язвы всех указанных локализаций
017. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорация 2. Кровотечение, не останавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина «ниши» пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,2,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,3,4,5
018. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить: А. Доскообразный живот Б. Сильные боли в эпигастрии В. Боли в поясничной области Г. Повышение лейкоцитоза до 15000 Д. Легкая желтуха склер и кожных покровов
019. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцати-перстной кишки, можно объяснить: А. Затеканием содержимого по правому боковому каналу Б. Рефлекторными связями через спинномозговые нервы В. Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области Г. Развивающимся разлитым перитонитом Д. Висцеро-висцеральным рефлексом червеобразного отростка
020. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни: А. Остановившееся желудочное кровотечение Б. Перфоративная язва В. Пенетрирующая язва Г. Стеноз выходного отдела желудка Д. Малигнизированная язва
021. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению: А. Демпинг-синдрома Б. Гипогликемического синдрома В. Синдрома «малого желудка» Г. Пептической язвы анастомоза Д. Синдрома приводящей петли
022. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
023. К характерным признакам стеноза привратника относят: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка «тухлым» 5. Боли в эпигастрии распирающего характера А. Верно 2,3,4,5 Б. Верна 1,2,3,4 В. Верно 1,2,3,4,5 Г. Верно 1,3,4,5 Д. Верно 1,2,4,5
024. Наиболее частой локализацией прободений у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является: А. Двенадцатиперстная кишка Б. Пилорический отдел желудка

В. Малая кривизна желудка Г. Большая кривизна желудка Д. Кардинальный отдел желудка
025. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается: А. В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка Б. В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва В. В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором Г. В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости Д. В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков
026. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является: А. Гипопротеинемия Б. Гипотензия во время операции В. Аксиальный поворот тонкой кишки Г. Дуоденостаз Д. Послеоперационный панкреатит
027. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается: А. Тахикардия Б. Схваткообразная боль В. Локализованная, умеренная боль Г. Внезапно возникшая интенсивная боль Д. Жидкий стул
028. Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют: А. Малый диаметр прободного отверстия Б. Незначительное наполнение желудка В. Топографическая близость соседних органов Г. Большой диаметр прободного отверстия Д. Хорошо развитый большой сальник
029. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны: А. При калезной язве Б. При пенетрирующей язве В. При поверхностных эрозиях слизистой Г. При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см Д. При рубцующейся язве
030. Рак желудка всегда метастазирует: А. В легкие Б. В печень В. В регионарные лимфоузлы Г. В кости Д. По брюшине
031. Симптомами входящими в «синдром малых признаков» при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4. Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пище А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 1,2,3,4 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 2,3,4,5
032. Рак желудка наиболее часто локализуется: А. В кардиальном отделе желудка Б. По большой кривизне желудка В. По малой кривизне желудка Г. В антральном отделе желудка Д. В дне желудка
033. К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастаз Крукенберга 3. Метастаз Вирхова 4. Метастаз Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,2,3,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
034. Операция гастростомии показана: А. При неоперабельном раке тела желудка Б. При неоперабельном раке антрального отдела желудка В. При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью Г. При всех перечисленных случаях Д. Ни в одном из перечисленных случаев
035. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо: А. Вначале рассечь ущемляющее кольцо Б. Вначале рассечь грыжевой мешок В. Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот Г. Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник) Д. Сделать лапаротомию
036. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
037. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает: А. Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости Б. Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара В. Поставить очистительную клизму Г. Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром Д. Назначить теплую ванну
038. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного: А. Грыжа запирающего отверстия Б. Прямая паховая грыжа В. Бедренная грыжа Г. Косая паховая грыжа

Д. Скользящая грыжа
039. Невправимость грыжи зависит: А. От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями Б. От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем В. От сужения грыжевых ворот Г. От выхождения в нее мочевого пузыря Д. От выхождения в нее слепой кишки
040. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию: А. Бассини и Постемпского Б. Мартынова В. Жирара-Спасокукоцкого Г. Руджи-Парлавеччио Д. Ру
041. Фурункул, как правило, вызывается: А. Стрептококком Б. Стафилококком В. Гонококком Г. Синегнойной палочкой Д. Протеем
042. Лечение фурункула включает: 1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом 2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза 3. Обкладывание пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата 4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь 5. Ультрафиолетовое облучение А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,3,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,4,5
043. При карбункуле шеи показано: 1. Согревающий компресс с мазью Вишневского 2. Антибиотики внутримышечно 3. Сульфаниламидные препараты внутрь 4. Витаминотерапия 5. Ультрафиолетовое облучение А. Верно 2,3,4,5 Б. Верно 1,2,3,4 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 Д. Верно 1,2,4,5
044. Возбудителем гидраденита чаще всего является: А. Стрептококк Б. Протей В. Стафилококк Г. Синегнойная палочка Д. Кишечная палочка
045. Для флегмоны характерно все перечисленное: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой А. Верно 1,2,3,4,5 Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
046. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через: 1. Трещины заднего прохода 2. Воспаленные геморроидальные узлы 3. Бытовым путем 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки 5. Расчесы в области заднего прохода А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4,5
047. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются: А. Стафилококком Б. Пневмококком В. Протеем Г. Синегнойной палочкой Д. Гемолитическим стрептококком
048. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим 2. Широкое раскрытие гнойного очага 3. Пища в жидком состоянии 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия А. Верно 1,2 Б. Верно 1,4 В. Верно 2,3 Г. Верно 2,4 Д. Верно 1,3
049. Возбудителем рожи является А. Золотистый стафилококк Б. Стрептококк В. Кишечная палочка Г. Ассоциация микроорганизмов Д. Синегнойная палочка
Раздел 3,4,5
001. У больного 50 лет жалобы на сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить: А. Бронхит острый Б. Бронхоэктатическую болезнь В. Плеврит Г. Рак легкого Д. Бронхит хронический
002. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод: А. Не имеющий никакого значения Б. Имеющий значение для уточнения диагноза. В. Имеющий лечебное значение Г. Имеющий лечебное и диагностическое значение

Д. Имеющий бграниченное применение, как вредный и опасный
003. При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно: А. Госпитализировать в терапевтическое отделение Б. Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр. В. Немедленно сделать бронхоскопию Г. Сделать бронхографию Д. Назначить лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, а затем радикальная операция
004. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан отвергнуть: А. Рак легкого Б. Доброкачественную опухоль В. Эмфизему легкого Г. Инородное тело Д. Кисту легкого
005. Переднее средостение является излюбленным местом локализации: А. Энтерогенной кисты средостения Б. Бронхогенной кисты средостения В. Целомической кисты перикарда Г. Лимфогранулематоза средостения Д. Тимомы
006. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как: А. Липома средостения Б. Невринома средостения В. Паразитарная киста средостения Г. Дермоидная киста средостения Д. Мезотелиома локальная
007. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются: А. Пневмотомия Б. Клиновидная резекция легкого В. Пневмоэктомия Г. Лобэктомия Д. Торакопластика
008. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является: А. Бронхография Б. Рентгенография В. Рентгеноскопия Г. Томография Д. Компьютерная томография
009. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает: А. Верхние доли обоих легких Б. Базальные сегменты нижних долей В. Базальные сегменты нижних долей сочетании с язычковыми сегментами ве хней

доли левого легкого или средне доли правого легкого Г. Среднюю долю Д. Отдельные сегменты обоих легких
010. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол»: А. Является характерным только ди бронхоэктатической болезни Б. Может наблюдаться при других нагн ительцых заболеваниях легких и плевр В. Более характерен для пороков сердца Г. Характерен для актиномикоза Д. Характерен для туберкулеза
011. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является: А. Верхняя доля Б. Средняя доля В. Нижняя доля Г. Язычковый сегмент Д Любая доля и любой сегмент обоих легких
012. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является: А. Гемостатическая терапия Б. Искусственный пневмоторакс В. Пневмоперитонеум Г. Тампонада дренирующего бронха Д. Радикальное хирургическое лечение виде резекции легкого
013. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является: А. Плевральная пункция Б. Насотрахеальная катетеризация В. Микротрахеостом Г. Лечебная бронхоскопия Д. Дренирование плевральной полости
014. Наиболее характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является: А. Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации Б. Кашель с большим количеством гнойной мокроты В. Высокая температура Г. Кровохарканье Д. Симптом «барабанных палочек»
015. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются: А. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей Б. Первичная несостоятельность культи бронхе В. Внутриплевральное кровотечение Г. Ателектаз легкого Д. Напряженный пневмоторакс
016. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно: А. По средней аксиллярной линии в 6 межреберье Б. Во 2-м межреберье по среднеключичной линии

В. В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии Г. В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии Д. 2 дренажа: во 2-м межреберье средне-ключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
017. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать: А. С плевральной пункции с аспирацией воздуха Б. С дренирования плевральной полости В. С торакоскопии Г. С немедленной торакотомии Д. С симптоматического лечения
018. Больному 27 лет. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить: А. Сухой плеврит Б. Инфаркт миокарда В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии Г. Спонтанный неспецифический пневмоторакс Д. Ущемленную диафрагмальную грыжу
019. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является: А. Торакоскопия Б. Рентгеноскопия и рентгенография легких В. Плевральная пункция Г. Сканирование легких Д. Бронхоскопия
020. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается: А. С противовоспалительного лечения Б. С вагосимпатической блокады В. С плевральной пункции Г. С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости Д. С торакотомии
021. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью: А. Растворения фибрина Б. Приостановления роста тромба В. Увеличения количества сгустков Г. Изменения внутренней оболочки сосудов Д. Снижения активности ДНК
022. Причиной тромбо-эмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит: А. Лицевых вен Б. Глубоких вен нижних конечностей вен малого таза В. Глубоких вен верхних конечностей Г. Поверхностных вен нижних конечностей

Д. Поверхностных вен верхних конечностей
023. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны: А. Резкий отек нижней конечности Б. Некроз пальцев стоп В. Похолодание стопы Г. Симптом перемежающейся хромоты Д. Отек и гиперемия по ходу пораженных вен
024. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме: 1. Замедления тока крови в венах 2. Нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. Варикозного расширения вен 4. Снижения фибринолитической активности крови 5. Мерцательной аритмии А. Верно 1,2,3,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 3,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4
025. Маршевая проба проводится с целью выявления: А. Несостоятельных коммуникантных вен Б. Прходимости глубоких вен нижних конечностей В. Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях Г. Тромбоза подколенной артерии Д. Острого тромбофлебита
026. Проба Претта проводится с целью выявления: А. Прходимости глубоких вен нижних конечностей Б. Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях В. Несостоятельных коммуникативных вен Г. Острого тромбофлебита Д. Тромбоза подколенной артерии
027. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются: 1. Дистальные отеки 2. Распирающие боли 3. Повышение температуры тела 4. Гиперемия кожи и отек по ходу вен 5. Резкая болезненность при пальпации А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 3,4,5 Д. Верно 2,3,5
028. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. Повышение фибринолитической активности 2. Ожирение 3. Гиподинамия 4. Онкологические заболевания 5. Ишемическая болезнь сердца А. Верно 2,3,4,5 Б. Верно 1,2,3,4 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,4,5 Д. Верно 3,4,5

029. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1. Отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2. Перемежающаяся хромота 3. Признаки трофических расстройств кожи голени 4. Судороги по ночам 5. Видимое расширение подкожных вен А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 2,3,4,5 Г. Верно 3,4,5 Д. Верно 2,4,5
030. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся: А. Сокращение икроножных мышц Б. Возвышенное положение нижних конечностей В. Длительный постельный режим Г. Бинтование ног эластическими бинтами Д. Раннее вставание
031. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию: А. Бебкока Б. Нарата В. Маделунга Г. Троянова-Тренделенбурга Д. Линтона
032. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное: 1. Назначение гепарина 2. Назначение дезагрегантов 3. Лечебная физкультура 4. Длительный постельный режим 5. Бинтование ног эластичным бинтом А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 2,3,5
033. Операция Троянова-Тренделенбурга заключается: А. В перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования В. В удалении подкожных вен зондом Г. В перевязке коммуникантных вен над фасцией Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен
034. Операция Нарата заключается: А. В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования В. В удалении подкожных вен с помощью зонда Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен
035. Операция Маделунга заключается:

А. В удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования В. В удалении подкожных вен с помощью зонда Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом Д. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен
036. Операция Клаппа заключается: А. В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования В. В удалении подкожных вен с помощью зонда Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом Д. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен
037. Операция Кокетта заключается: А. В удалении подкожных вен методом тоннелирования Б. В удалении подкожных вен с помощью зонда В. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом Г. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен
038. Операция Линтона заключается: А. В удалении подкожных вен методом тоннелирования Б. В удалении подкожных вен с помощью зонда В. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом Г. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен Д. В субфасциальной перевязке коммуникантныЯ вен
039. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается: А. Комбинированным оперативным методом Б. Операцией Линтона В. Операцией Бебкока Г. Операцией Нарата Д. Операцией Маделунга
040. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя: А. Антибиотики Б. Спазмолитики В. Антикоагулянты Г. Активные движения Д. Парентеральное введение больших объемов жидкостей
041. К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится: А. Формирование свища Б. Развитие флегмоны шеи В. Развитие остеомиелита нижней челюсти Г. Парез ветвей лицевого нерва Д. Парез ветвей тройничного нерва
042. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: 1. Гнойный медиастенит 2. Гнойный менингит 3. Сдавление дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 Д. Верно 1,3,4,5
043. После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы: А. Массивная антибиотикотерапия Б. Иммунотерапия В. Дезинтоксикационная терапия Г. Хирургическое лечение Д. Гемотрансфузия
044. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает: А. Остеомиелит Б. Тромбофлебит В. Периостит Г. Лимфостаз Д. Сепсис
045. При гнилостном парапроктите целесообразно применение: А. Клафорана Б. Гентамицина В. Вибрамицина Г. Метроджила и клиндамицина Д. Любого из перечисленных антибиотиков
046. Основной опасностью фурункула лица является: А. Нарушение дыхания за счет отека Б. Выраженная интоксикация В. Угроза развития осложнений со стороны органов зрения Г. Развитие восходящего лицевого тромбофлебита Д. Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием
047. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде, являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз А. Верно 1,3 Б. Верно 1,4 В. Верно 2,3 Г. Верно 3,4 Д. Верно 1,2
048. Операцию артротомии при гнойном артрите производят: А. При обширном разрушении суставных концов костей Б. При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта В. При наличии гноя в полости сустава Г. При разрушении связочного аппарата сустава Д. При резко выраженном болевом синдроме

049. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 2,3,4,5 В. Верно 1,3,4,5 Г. Верно 1,2,3,5 Д. Верно 1,2,3,4,5
050. Ярko выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами: 1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42°C 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания А. Верно 1,2,3,4 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,4,5 Г. Верно 1,2,3,4,5 Д. Верно 2,3,4,5
051. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. ушибленной раны головы 2. термическом ожоге бедра 2-й степени 3. остром гангренозном аппендиците 4. открытом переломе плеча 5. закрытом переломе голени А. Верно 1,2,4,5 Б. Верно 1,3,4,5 В. Верно 1,2,3,4,5 Г. Верно 2,3,4,5 Д. Верно 1,2,3,4

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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

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

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

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

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