Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 08.11.2023 17:20:08
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2637b784eec019bf8a794eb4

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.Б.01 Хирургия

(наименование учебной дисциплины)

Базовая

(Цикл дисциплины и его часть (базовая, вариативная, дисциплина по выбору)

Высшее образование подготовка кадров высшей квалификации по специальности 31.08.67 Хирургия

(наименование ОПОП ВО направления подготовки или специальности с указанием кода)

Владивосток
2023

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фонд оценочных средств (ФОС) включает в себя оценочные средства, с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций в процессе проведения промежуточнойаттестации обучающихся по дисциплине Б1.Б.01 Хирургия.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций,отражённых в карте компетенции.

1.1. Карта компетенций по дисциплине

№п/п	Код компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства
1.	**ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-13, ПК-14, УК-3**	Хирургия	Тесты

1.2. Перечень оценочных средств

№п/п	Название оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Вид комплектации оценочным средством в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий

2. УРОВНЕВАЯ ШКАЛА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Показатели для оценки ответа в привязке к компетенциям и шкале оценивания

№ п/п	Показатели оценивания	Коды компетенций, проверяемых с помощью показателей	Шкала оценивания Оценка/ уровень сформированной компетенций
1	Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на задаваемые комиссией вопросы или затрудняется с ответом;	**ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-13, ПК-14, УК-3**	**Неудовлетворительно / не сформирован**

	не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой		
2	Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы билета и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	**ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-13, ПК-14, УК-3**	**Удовлетворительно / пороговый**
3	Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы билета и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	**ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-13, ПК-14, УК-3**	**хорошо /продвинутый**
4	Обучающийся показывает всесторонние	**ПК-1, ПК-2, ПК-4,ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,**	**отлично/высокий**

	и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы билета и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания дляанализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	**ПК-13, ПК-14, УК-3**	

3. Карта компетенций

Профессиональный стандарт «Врач-хирург» от от 26 ноября 2018 г. N 743н

Карта компетенций			
	I. Наименование компетенции	**Индекс**	**Формулировка**
К	Профессиональная	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	Профессиональная	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	Универсальная	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Ф	2. Наименование функции	Код	Трудовые действия в рамках трудовой функции, знания и умения, обеспечивающие выполнение трудовой функции
Ф	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	A/01.8	**Трудовые действия** Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретация информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Осмотр и физикальное обследование пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Установление диагноза с учетом действующей

			Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) Повторные осмотры и обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Обеспечение безопасности диагностических манипуляций **Необходимые умения** Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Интерпретировать и анализировать полученную информацию от пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Пользоваться следующими методами визуального осмотра и физикального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: пальпация, перкуссия, аускультация при заболеваниях брюшной стенки, органов брюшной полости, почек и мочевыделительной системы; трансректальное пальцевое исследование, бимануальное влагалищное исследование Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями

			Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Организовывать и проводить обследование пациентов с заболеваниями других органов и систем организма, в том числе с заболеваниями крови, нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и мочеполовой систем, для выявления основных клинических проявлений, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход Оценивать состояние пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и выделять ведущие синдромы у пациентов, в том числе находящихся в терминальном и тяжелом состоянии, и принимать необходимые меры для выведения их из этого состояния Обосновывать необходимость направления пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями врачами-специалистами Проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ Оценивать на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, требующих нуждающихся в транспортировке в специализированное отделение и (или) выполнении оперативного вмешательства Выполнять медицинскую сортировку

			пострадавших при массовом поступлении при чрезвычайных ситуациях Пользоваться необходимой медицинской аппаратурой, используемой для выполнения диагностических исследований и манипуляций в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Проводить работу по обеспечению безопасности диагностических манипуляций **Необходимые знания** Общие вопросы организации медицинской помощи населению Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методика осмотров и обследований пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Топографическая анатомия основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, верхних и нижних конечностей) Патофизиология травмы, кровопотери, раневого процесса, свертывающей системы крови Методы обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Этиология и патогенез хирургических заболеваний и (или) состояний Вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии

			Методы диагностики хирургических заболеваний и (или) состояний Клиническая картина, особенности течения и возможные осложнения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Медицинские показания к использованию современных методов лабораторной и инструментальной диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Хирургические заболевания пациентов, требующие направления к врачам-специалистам Клиническая картина состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Клиническая симптоматика пограничных состояний в хирургии Вопросы асептики и антисептики МКБ
Ф	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности	А/02.8	**Трудовые действия** Оценка тяжести состояния пациента с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Разработка плана лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, лечебной физкультуры и иных методов терапии пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Выполнение рекомендаций врачей-специалистов по применению лекарственных

			препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Наблюдение, контроль состояния пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств Направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе в чрезвычайных ситуациях **Необходимые умения** Разрабатывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Определять медицинские показания для направления пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками

			оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Обосновывать план лечения и тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями с учетом клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначать немедикаментозное лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Определять медицинские показания и медицинские противопоказания для хирургических вмешательств, лечебных манипуляций Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях, в числе которых: - установка подкожного катетера; - внутрисуставное введение лекарственных препаратов; - биопсия лимфатического узла; - пункция плевральной полости; - установка назогастрального зонда; - биопсия молочной железы чрескожная;

			- катетеризация мочевого пузыря; - уход за кожей тяжелобольного пациента; - наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; - наложение гипсовой повязки при переломах костей; - наложение окклюзионной повязки на грудную клетку; - удаление поверхностно расположенного инородного тела; - вскрытие панариция; - некрэктомия; - вскрытие фурункула (карбункула); - вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); - удаление доброкачественных новообразований кожи; - удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки; - удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса; - вправление вывиха сустава; - вправление вывиха нижней челюсти; - передняя тампонада носа; - задняя тампонада носа; - вскрытие фурункула носа; - трахеотомия; - коникотомия; - дренирование плевральной полости; - вправление парафимоза; - иссечение новообразования мягких тканей; - местная анестезия; - проводниковая анестезия Осуществлять направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в первичный онкологический кабинет (отделение) для оказания ему первичной медико-санитарной помощи по профилю "онкология" в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю "онкология" в случае подозрения или выявления онкологического заболевания при оказании медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, проводить профилактику или лечение послеоперационных осложнений в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в

			том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния пациента с хирургическим заболеванием и (или) состоянием, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения хирургического заболевания Оказывать медицинскую помощь пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, в числе которых: - продолжающееся наружное и внутреннее кровотечение, острая кровопотеря; - геморрагический шок; - травматический шок; - инфекционно-токсический шок; - синдром длительного сдавления; - острое нарушение проходимости дыхательных путей; - напряженный пневмоторакс; - электротравма; - отморожение, переохлаждение; - ожоги **Необходимые знания** Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методы лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых при хирургических заболеваниях и (или) состояниях; медицинские показания и

			медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Техника хирургических вмешательств, лечебных манипуляций при хирургических заболеваниях и (или) состояниях, в числе которых: - установка подкожного катетера; - внутрикостное введение лекарственных препаратов; - внутрисуставное введение лекарственных препаратов; - биопсия лимфатического узла; - пункция плевральной полости; - имплантация подкожной венозной порт-системы; - установка назогастрального зонда; - бужирование колостомы; - биопсия молочной железы чрескожная; - катетеризация мочевого пузыря; - уход за кожей тяжелобольного пациента; - наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; - наложение гипсовой повязки при переломах костей; - наложение окклюзионной повязки на грудную клетку; - удаление поверхностно расположенного инородного тела; - вскрытие панариция; - некрэктомия; - аутодермопластика; - вскрытие фурункула (карбункула); - вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); - удаление доброкачественных новообразований кожи; - удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки; - удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса; - вправление вывиха сустава; - вправление вывиха нижней челюсти; - иссечение суставной сумки (синовэктомия); - передняя тампонада носа; - задняя тампонада носа; - вскрытие фурункула носа; - трахеотомия; - коникотомия; - дренирование плевральной полости; - иссечение новообразований перианальной области; - резекция молочной железы; - удаление инородного тела роговицы; - вправление парафимоза;

			- ампутация пальцев нижней конечности; - иссечение новообразования мягких тканей; - местная анестезия; - проводниковая анестезия Принципы и методы обезболивания пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Требования асептики и антисептики Медицинские показания и медицинские противопоказания к оперативному лечению пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Задачи профилактики хирургических заболеваний Основы иммунобиологии, микробиологии Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях на догоспитальном этапе в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Дифференциальная диагностика и клиническая симптоматика острых гинекологических, урологических и инфекционных заболеваний в хирургической клинике Методы лечения основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями Методы немедикаментозного лечения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные

II. Компонентный состав компетенции		
Перечень компонентов	**Технология формирования**	**Средства и технологии оценки**

Знает: особенности патогенеза и клиники инфекционных заболеваний; основные директивные, инструктивно-методические и другие документы, регламентирующие деятельность службы; технологии патогенез и особенности заболеванний инфекционной природы	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование
Умеет: выделить факторы риска при развитии инфекционных заболеваний; использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности, выбрать методики исследования в соответствии с имеющимися данными о пациенте и заболевании	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Тестирование
Владеет: способами устранения факторов риска развития кишечных, воздушно-капельных и образовательные гнойно-септических инфекций, проводить санитарно-просветительную работу среди населения; особенности трактовки результатов исследований, в том числе антибиотикограмм	Контактная работа Электронные образовательные ресурсы Имитационные технологии Технологии «открытого доступа» Самостоятельная работа	Промежуточная аттестация

III. Дескрипторы уровней освоения компетенции	
Ступени уровней освоения компетенции	**Отличительные признаки**
Пороговый	Воспроизводит термины, основные понятия
Продвинутый	Выявляет взаимосвязи между понятиями и событиями
Высокий	Предлагает расширенный объем информации

3.1 Тестовые задания

Тестовый контроль по Хирургии

	Код	**Текст компетенции/ названия трудовой функции / название трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.67	Хирургия
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Ф	A/01.8	**Трудовая функция**: проведение обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и(или) состояний. **Трудовые действия:** направление пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
Ф	B/02.8	**Трудовые функции:** назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи **Трудовые действия:** назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам

		оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
И		**ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ 1 УРОВНЯ (ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)**
Т		1. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается уровень: А. глюкозы Б. щелочной фосфатазы **В. амилазы** Г. липазы
Т		2. По окончанию стернальной пункции нужно: А. положить на место прокола пузырь со льдом Б. наложить на место прокола давящую повязку **В. наклеить стерильную повязку на место прокола** Г. оставить больного под наблюдением медицинского персонала
		3. Для варикозной болезни нижних конечностей является верным: А. боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое Б. боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе **В. трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; отёк стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; судороги икроножных мышц голени в покое** Г. постоянный отёк всей конечности; трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; судороги икроножных мышц голени в покое
Т		4. Кровь при легочном кровотечении: А. тёмная, по типу «кофейной гущи» Б. цвета кофейной гущи В. тёмная со сгустками **Г. алая, пенистая**
Т		5. Наиболее частым симптомом спонтанного пневмоторакса является: А. сосудистый коллапс Б. сухой кашель **В. боль в груди** Г. легочное кровотечение
Т		6. Прокол при плевральной пункции необходимо проводить: А. между рёбрами Б. на середине расстояния между рёбрами **В. по верхнему краю ребра** Г. по нижнему краю ребра
Т		7. Скрининговым методом исследования для диагностики калькулёзного холецистита является: А. холецистография **Б. УЗИ органов брюшной полости** В. рентгеноскопия желудка Г. дуоденальное зондирование
Т		8. В целях профилактики послеоперационного флеботромбоза нижних конечностей назначают: А. антибиотики Б. антиагреганты **В. антикоагулянты** Г. НПВС
Т		9. Цистоскопия позволяет выполнить: А. литотрипсию Б. экстракцию конкрементов В. биопсию уротелия почечной лоханки и чашечек **Г. осмотр слизистой мочевого пузыря**
Т		10. Перелом Коллеса это: А. перелом костей голени Б. перелом плечевой кости В. перелом костей средней трети предплечья **Г. перелом дистального метаэпифиза лучевой кости в типичном месте со смещением отломков**
Т		11. Оптимальный возраст для проведения оперативного вмешательства при паховой грыже: А. 6 месяцев Б. 2 года В. 3 года **Г. 1 год**
Т		12. Дермотензия это: А. химический пилинг Б. механическое выскабливание ран

		В. метод дозированного тканевого растяжения Г. тангенциальная дермальная некрэктомия
Т		13. Абсолютным противопоказанием к трансплантации культивированных и некультивированных кератиноцитов и фибробластов является: А. площадь ожогов более 50% поверхности тела Б. гипопротеинемия В. раневое истощение **Г. раневая инфекция**
Т		14. К мероприятиям, наиболее эффективно препятствующим инфицированию раны относятся: А. смазывание краёв раны раствором йода **Б. ПХО раны и наложение антисептической повязки** В. промывку раны водным раствором хлоргексидина Г. промывку раны физиологическим раствором
Т		1. Третья фаза раневого процесса по Кузину называется: А) фазой регенерации Б) фазой клеточной реакции **В) фазой реорганизации рубца и эпителизации** Г) фазой сосудистой реакции
Т		1. Случайная рана является инфицированной спустя: А) 2 часа Б) 4 часа В) 5 часов **Г) 8 часов**
Т		17. Для местных признаков воспаления характерно все, кроме: А) отека **Б) цианоза** В) повышения местной температуры Г) нарушения функции
Т		18. Принцип активного хирургического лечения гнойных ран обеспечивает: А) сокращение фазы регенерации **Б) перевод гнойной раны в заживление по типу первичного натяжения** В) нормализацию состояния больного Г) бактериостатический эффект
Т		19. Видом хирургической обработки ран не является: А) первичная хирургическая обработка **Б) хирургическая обработка** В) вторичная хирургическая обработки Г) ранняя хирургическая обработка
Т		20. Имеется рана с ограниченным участком сухого некроза края кожи. Что необходимо сделать? А) назначить УВЧ на рану Б) наложить повязку с гипертоническим раствором В) наложить повязку с мазью "Левомеколь" **Г) иссечь омертвевший участок кожи**
Т		21. Для местного медикаментозного лечения ран в фазе воспаления используется: А) облепиховое масло Б) метилурациловая мазь В) 0,5% раствор нашатырного спирта **Г) химотрипсин**
Т		22. В стадии абсцедирования при фурункуле назначается: А) электрофорез с антибиотиками Б) комбинированная антибиотикотерапия **В) оперативное лечение** Г) пассивная специфическая иммунотерапия
Т		23. Какую из перечисленных операций можно отнести к бескровным: А) резекцию желудка Б) биопсию **В) вправление вывиха** Г) экстракцию зуба
Т		24. Что из перечисленного относится к завершающему этапу операции: А) ушивание прободной язвы желудка Б) аппендэктомия

		В) резекция желудка **Г) послойное ушивание операционной раны**
Т		25. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротокситеским и ототоксическим действием обладают: А. Окситетрациктин **Б. Полимиксин** В. Линкомицин Г. Цефазолин
Т		26. У больного 50 лет жалобы на сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить: А. Бронхит острый Б. Бронхоэктатическая болезнь В. Плеврит **Г. Рак легкого**
Т		27. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает: А. Верхние боли обоих легких Б. Базальные сегменты нижних долей **В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого и средней доли правого легкого** Г. Среднюю долю
Т		28. Экссудативный плеврит, как правило является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение: А. Бронхоэктатической болезни Б. Абсцесса В. Туберкулеза **Г. Острой пневмонии**
Т		29. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть: А. Эндоскопия **Б. Инородное тело** В. Трахеостомия Г. Интубация трахеи при наркозе
Т		30. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать: А. Анализ кала на скрытую кровь Б. Контрастную ренгеноскопию желудка В. Анализ желудочного сока на скрытую кровь **Г. Фиброгастроскопию**
Т		31. Уровень альфа-амилазы по Вольгемуту в моче считается патологическим, если он составляет: А. 16 единиц Б. 32 единицы **В. 64 единицы** Г. 128 единиц
Т		32. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять: А. На 6-10 часов Б. На 12-18 часов **В. На 1-8 суток** Г. На 9-12 суток
Т		33. Длина анального канала соответствует: А. 1-2 см Б. 2-3 см **В. 3-4 см** Г. 4-5 см
Т		34. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести: **А. Пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию** Б. Анализ кала на скрытую кровь В. Лапароскопию Г. УЗИ органов малого таза
Т		35. Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является: А. Ятрогенная травма Б. Перелом костей таза со смещением **В. Удар в живот при переполненном мочевом пузыре** Г. Падение с высоты

Т		36. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует сделать промывание желудка: А. Щелочным раствором Б. Подкисленным раствором В. Холодной водой **Г. Водой комнатной температуры**
Т		37. Степень отморожения можно определить: А. сразу после согревания Б. на 2-ой день **В. в реактивном периоде** Г. спустя несколько дней
Т		38. Последовательность оказания помощи при сдавливании конечности: **А. наложение жгута, обезболивание, освобождение сдавленной конечности, асептическая повязка, иммобилизация, наружное охлаждение конечности, инфузия** Б. асептическая повязка, наложение жгута, обезболивание, освобождение сдавленной конечности, иммобилизация, наружное охлаждение конечности, инфузия В. освобождение сдавленной конечности, обезболивание, инфузия, наложение жгута, иммобилизация Г. иммобилизация, обезболивание, наложение жгута, инфузия
Т		39. Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это излияние крови: А. во внешнюю среду Б. в полости организма В. в ткани организма **Г. в ткани, полости организма или во внешнюю среду**
Т		40. Для осколочных ран характерно все, кроме: А. сложности анатомических повреждений Б. наличия инородных тел В. высокой степени инфицированности **Г. обязательного наличия входного и выходного отверстий**
Т		41. В какой ране более вероятно развитие инфекции? А. резаной **Б. укушенной** В. рубленой Г. расположенной на лице
Т		42. Что называется острым остеомиелитом? А. гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей Б. гнойное воспаление суставной сумки В. туберкулезное поражение позвонков **Г. гнойное воспаление костного мозга**
Т		43. Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе? **А. вскрытие гнойного очага** Б. введение антибиотиков В. ограничение введения жидкостей Г. переливание крови
Т		44. Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является: А. облитерация костномозгового канала Б. секвестральный гроб **В. периостит** Г. оссифицирующий миозит
Т		45. Натечным абсцессом называется скопление гноя: А. в полостях организма Б. в области первичного очага **В. в тканях, отдаленных от первичного очага** Г. в костномозговом канале
Т		46. Различают пролежни: А. скрытые и явные Б. ятрогенные и патологические **В. эндогенные и экзогенные** Г. острые, подострые, хронические и рецидивирующие
Т		47. Экстренная операция показана при: А. варикозно расширенных венах нижних конечностей Б. липоме **В. перфоративной язве желудка** Г. трофической язве

Т		48. Хирургического лечения может потребовать паразитарное заболевание, вызванное: А. актиномицетами Б. острицами **В. эхинококком** Г. цистицерком
Т		49. Расщепленный кожный лоскут для трансплантации представляет собой: А. срезанный слой эпидермиса **Б. эпидермис и часть собственно кожи** В. собственно кожу Г. собственно кожу с тонким слоем подкожной клетчатки
Т		50. После вшивания сосудистого протеза возможны все осложнения, кроме: А. раннего тромбоза протеза Б. вторичного отдаленного тромбоза протеза В. инфицирования эксплантата **Г. атеросклероза эксплантата**
Т		51. Абсолютным показанием к операции при гастродуоденальных язвах является: **А. наличие газа в желчных протоках** Б. сочетание язвы с холециститом или панкреатитом В. субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка Г. отрицательный гистаминовый тест Кея
Т		52. По отношению к брюшине червеобразный отросток расположен: **А. интраперитонеально** Б. мезоперитонеально В. ретроперитонеально Г. экстраперитонеально
Т		53. Какая наиболее частая окончательная локализация болей при остром аппендиците? **А. В правой подвздошной области** Б. В подложечной области В. В пупочной области Г. Внизу живота
Т		54. "Пахово-мошоночный симптом" для определения воспалительного состояния брюшины при остром аппендиците называется симптомом: А. Габай Б. Куленкампфа **В. Крымова** Г. Яуре-Розанова
Т		55. Наибольшие трудности после аппендэктомии представляет диагностика: А. подапоневротических абсцессов Б. абсцессов дугласова пространства **В. межпетельных кишечных абсцессов** Г. поддиафрагмальных абсцессов
Т		56. Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является: А. разлитой перитонит Б. отсутствие язвенного анамнеза В. эндотоксиновый шок **Г. терминальная фаза перитонита**
Т		57. Диагностика каких перфоративных язв вызывает наибольшие трудности? А. Залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки Б. Луковицы двенадцатиперстной кишки В. Пилорического отдела желудка **Г. Кардиального отдела желудка**
Т		58. Какая хирургическая тактика должная быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии? А. Диагностическая и лечебная фиболгастродуоденоскопия Б. Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия **В. Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную** Г. Регионарная гипотермия
Т		59. Абсолютным противопоказанием к лечению зондом Блейкмора является кровотечение вследствие: А. эрозивного гастрита Б. эрозивного дуоденита В. синдрома верхней полой вены **Г. синдрома Меллори-Вейсса**

Т		60. В норме давление в главном панкреатическом протоке: **А. превышает давление в общем желчном протоке** Б. равно давлению в общем желчном протоке В. ниже давления в общем желчном протоке Г. не имеет четкой связи с величиной давления в холедохе
Т		61. Какой этап операции является ошибочным при раннем оперативном лечении острого панкреатита? А. Дренирование сальниковой сумки Б. Дренирование брюшной полости В. Холецистостомия **Г. Тампонирование сальниковой сумки**
Т		62. Фиолетовые пятна на лице и туловище на фоне болей и резистентности в эпигастральной области соответствуют симптому острого панкреатита: А. Грюнвальда Б. Кюллена В. Мондора Г. Турнера
Т		63. Какие анатомические структуры образуют треугольник Кало. А. Правый печеночный проток **Б. Общий печеночный проток** **В. Пузырный проток** Г. Общий желчный проток **Д. Пузырная артерия**
Т		64. Дренирование холедоха через культю пузырного протока - это способ: А. Кера Б. Вишневского **В. Пиковского** Г. Федорова
Т		65. Холедохолитотомию после удаления конкрементов целесообразно завершить: А. ушиванием дефекта холедоха **Б. наружным дренированием холедоха** В. холедоходуоденостомией Г. холедохоеюностомией
Т		66. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и А. слепой кишкой Б. малой кривизной желудка **В. двенадцатиперстной кишкой** Г. тощей кишкой
Т		67. Для симптома Обуховской больницы характерны А. дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку Б. шум падающей капли В. наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании **Г. пустая балонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования**
Т		68. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является А. асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот" Б. наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании В. четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота **Г. "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу**
Т		69. При остром ишиоректальном парапроктите показаны А. пункция гнойника и введение антибиотиков Б. вскрытие гнойника через просвет кишки В. вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки **Г. вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале**
Т		70. Операцией выбора при завороте сигмовидной кишки с некрозом стенки является А. резекция сигмовидной кишки с анастомозом Б. резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы **В. резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы** Г. выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу
Т		71. При неосложненной паховой грыже и аденоме предстательной железы I стадии в первую очередь выполняется операция

		А. грыжесечения Б. аденомэктомии В. цистостомии Г. одномоментно аденомэктомия и грыжесечение
Т		72. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области **А. устья большой подкожной вены бедра** Б. проекции бедренной артерии В. правильного ответа нет
Т		73. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные А. кроме наличия "ниши" Б. кроме нарушения эвакуации содержимого **В. кроме отключенного желчного пузыря** Г. кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
Т		74. Противопоказанием к гемотрансфузии являются А. тяжелая операция Б. хирургическая инфекция В. шок **Г. тяжелое нарушение функции печени**
Т		75. Верхняя щитовидная артерия отходит от: **А. наружной сонной артерии** Б. внутренней сонной артерии В. подключичной артерии Г. дуги аорты
Т		76. Лечение псевдофурункулеза должно быть: А. консервативным: повязки с ПЭГ(полиэтиленгликоль)-мазью местно Б. оперативным: иссечение псевдофурункулов в пределах здоровых тканей В. консервативным: повязки с гипертоническим раствором местно и антибиотики парентерально **Г. оперативным: вскрытие всех воспалительных очагов**
Т		77. Для лечения анаэробной неклостридиальной инфекции применяют А. антитоксическую сыворотку **Б. антибиотики** В. гипербарическую оксигенацию Г. анатоксин
Т		78. Больному 70 лет с левосторонней косой паховой грыжей со склонностью к ущемлению и доброкачественной гиперплазией предстательной железы с нарушением мочеиспускания рекомендуют А. экстренную операцию Б. операцию при быстром увеличении размеров грыжи **В. плановую операцию после осмотра уролога и коррекцию нарушений мочеиспускания** Г. экстренную операцию при очередном ущемлении
Т		79. Паракультевым абсцессом называется А. острая или хроническая осумкованная эмпиема плевры, расположенная около культи бронха Б. острое гнойное воспаление паракультевой клетчатки, развивающееся как осложнение несостоятельности культи бронха **В. вид бронхо-средостенного свища, сообщающего культю бронха с ограниченной полостью в паракультевой клетчатке** Г. вид бронхоплеврального свища, сообщающего культю бронха с полостью осумкованной эмпиемы, прилежащей к культе бронха
Т		80. Возможной причиной паралитической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде может стать А. желудочно-кишечное кровотечение **Б. разлитой перитонит** В. пневмония Г. геморрагический инсульт
Т		81. Наиболее популярной во всех странах мира классификацией паховых грыж является классификация по **А. Nyhus** Б. Gilbert В. Zollinger Г. Rutkow и Robins
Т		82. К внебрюшинным осложениям перитонита относят **А. тромбоз глубоких вен нижних конечностей** Б. несформированные кишечные свищи В. ментит Г. межкишечные абсцессы

Т		83. В отличие от атеросклероза к проявлениям болезни бюргера относят А. перемежающую хромоту Б. трофические язвы В. отсутствие пульсации на бедренной артерии **Г. мигрирующий тромбофлебит**
Т		84. Операцией даниэльса называется **А. прескаленная биопсия** Б. пункция перикарда В. дренирование межмышечного абсцесса Г. резекция S1+2 слева
Т		85. Вход в пищевод находится на А. уровне ключиц Б. уровне бифуркации трахеи В. уровне III шейного позвонка **Г. расстоянии 14-17 см от передней стенки верхних резцов**
Т		86. 0пределите вид кровотечения: пострадавший в драке, получил проникающее ранение в область правого подреберья, пациент бледен, вял, АД низкое, пульс частый: **А. паренхиматозное** Б. капиллярное В. наружное Г. артериальное Д. венозное
Т		87. Выберите, отличительные признаки для отморожения IV степени: А. боль и припухлость Б. крепитация, наличие воздуха в тканях В. гиперемия кожи **Г. глубокий некроз тканей до кости** Д. отечность, наличие пузырей с серозной жидкостью
Т		88. Вторичный медиастенит может быть осложнением: А. Гнойных воспалений клетчатки шеи Б. Распадающегося рака пищевода В. Нагноений легких и плевры **Г. Любого из перечисленных выше заболеваний**
Т		89. Гематемезис– это **А. кровавая рвота** Б. мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые В. прожилки крови в каловых массах Г. каловые массы черного цвета
Т		90. Предрасполагающие факторы развития синдрома Мэллори– Вейса: **А. алкоголизм** **Б. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы** В. безоар желудка Г. хронический гастрит
Т		91. Профилактике пролежней способствует все, кроме: А. правильного питания Б. смены положения тела **В. неподвижности пациента** Г. соблюдения правильного питьевого режима
Т		92. Место прижатия брюшной аорты при массивном маточном кровотечении: А. над лоном Б. справа и слева от подвздошной области **В. между пупком и мечевидным отростком** Г. в области пупка
Т		93. Основные симптомы, характерные для тромбоэмболии легочной артерии в остром периоде: А. боли в животе, рвота Б. кровохарканье, снижение АД **В. боль в груди, одышка** Г. судороги, потеря сознания
Т		94. При ожоговом шоке дроперидол вводится на 1 кг массы тела: А. 0.01 Б. 0.05 В. 0.2 **Г. 0.5**
Т		95. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание.

		Наиболее вероятно, что у больного: А. грыжа запирательного отверстия Б. прямая паховая грыжа В. бедренная грыжа Г. косая паховая грыжа **Д. скользящая грыжа**
Т		96. Ожоговый шок (у лиц средней возрастной группы) развивается при глубоких ожогах площадью: А. 5% поверхности тела Б. 10% поверхности тела **В. 15% поверхности тела** Г. более 20% поверхности тела Д. более 30% поверхности тела
Т		97. Чем опасен фурункул верхней губы: А. развитием перитонита Б. развитием воспаления плевры В. развитием подчелюстного лимфаденита **Г. тромбозом сагиттального венозного синуса**
Т		98. При флегмоне мягких тканей при появлении симптома флюктуации следует: **А. выполнить широкий разрез и дренирование** Б. наложить мазевую повязку В. наложить согревающий компресс Г. рекомендовать холодный компресс
Т		99. Прогноз неблагоприятен, если индекс Франко равен: **А. 90-130** Б. 30-50 В. 30-60 Г. 60-80
Т		100. Колликвационный некроз происходит после ожога: **А. щелочью** Б. кислотой В. пламенем Г. солнечного
Т		101. Наиболее эффективным методом в реконструкции молочной железы является применение ___ лоскута: **А. DIEP** Б. GAP В. TRAM Г. торако-дорсального
Т		102. Артериовенозный лоскут на питающей ножке состоит из: **А. кожи, подкожно-жировой клетчатки, сосудистого пучка** Б. кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы В. кожи, подкожно-жировой клетчатки Г. расщепленной кожи
Т		103. Аппарат VERSAJET – это: **А. гидрохирургический скальпель** Б. вид перфоратора кожи В. разновидность дерматома Г. ультразвуковой кавитатор
Т		104. Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладает: А. мирамистин **Б. пронтосан** В. фурацилин Г. хлоргексидин
Т		105. Наиболее частым симптомом, характерным для скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является: А. частая рвота желудочным содержимым Б. дисфагия В. неустойчивый стул **Г. частая изжога**
Т		106. Наиболее информативным методом исследования при закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря является: **А. контрастная цистография** Б. диагностическая лапароскопия В. ирригоскопия Г. обзорная рентгенография органов брюшной полости
Т		107. Под Рихтеровским ущемлением грыжи понимают: **А. любое пристеночное ущемление кишки** Б. ущемление грыжи в области связки Трейтца В. ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже Г. ущемление перекрученной сигмовидной кишки
Т		108. Триада Лаффита включается в себя: **А. забрюшинную гематому, эмфизему и желто-зеленую окраску париетальной брюшины** Б. забрюшинное пропитывание желчью, кровью и пищей в проекции двенадцатиперстной кишки В. забрюшинную гематому, разрыв двенадцатиперстной кишки и желудка Г. забрюшинные пузырьки газа и пища в проекции желудка

Т		109. Аппендикулярный инфильтрат следует дифференцировать с: А. циррозом печени Б. острым холециститом В. пупочной грыжей **Г. раком слепой кишки**
Т		110. Патогномоничным для стеноза привратника является: **А. рвота накануне съеденной пищей** Б. боль в эпигастрии натощак В. мелена Г. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
Т		111. Дифференциальная диагностика между пахово-мошоночной грыжей и водянкой яичка возможна в результате: **А. трансиллюминации и пальпации** Б. аускультации В. перкуссии Г. пункции
Т		112. Рентгеноскопически пульсация контуров сердечной тени при экссудативном перикардите: А. увеличена **Б. ослаблена** В. нормальная Г. аритмичная Д. тень не пульсирует
Т		113. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть: А. ксерофтальмия Б. выворот век **В. потеря зрения** Г. парез лицевого нерва
Т		114. Основным методом лечения больного с фиброматозом является: А. химиотерапия Б. лучевая терапия В. комбинированное лечение **Г. иссечение новообразования вместе с надкостницей** Д. резекция челюсти
Т		115. Симптом Троянова - Тренделенберга служит для диагностики: **А. Недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей** Б. Острого тромбофлебита глубоких вен бедра В. Синдрома Лериша Г. Посттромбофлебитической болезни Д. Болезни Бюргера
Т		116. 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
Т		117. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции: А. по Мейо **Б. по Лекснеру** В. по Сапежко Г. по Кину Д. по Терье - Черни
Т		118. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются: **А. со слизистого слоя** Б. с подслизистого слоя В. с мышечного слоя Г. с субсерозного слоя Д. с серозного слоя
Т		119. Ингибиторы протеаз: А. тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы Б. блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе В. тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови Г. купируют процессы кининообразования **Д. все перечисленное**
Т		120. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме: А. абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки Б. абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости В. флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения Г. перитонита

		Д. септического эндокардита
Т		121. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается: А. эвентрация Б. образование кишечных свищей В. тромбоэмболия легочной артерии **Г. формирование гнойников брюшной полости** Д. пневмония
Т		122. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме: А. ограниченного или разлитого желчного перитонита Б. образования подпеченочных гнойников В. развития наружного желчного свища **Г. тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии** Д. развития поддиафрагмального абсцесса
Т		123. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи А. когда больные не предъявляют жалоб: Б. сохраняется работоспособность В. отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка Г. сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований **Д. все перечисленное**
Т		124. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме: А. пневмонии Б. трофических изменений слизистой оболочки пищевода В. пролежней Г. гиперсаливации **Д. тиреоидита**
Т		125. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять: А. на 6-10 часов Б. на 12-18 часов В. На 1-8 суток Г. на 9-12 суток **Д. на 13-15 суток**
Т		126. Спленомегалия, " голова медузы" и асцит появляются: А. при вирусном гепатите В **Б. при панцирном перикардите** В. при портальной гипертензии Г. при болезни Жильбера Д. при хроническом панкреатите
Т		127. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая: А. перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей Б. изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма В. изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза **Г. " ситус висцерус инверзус"** Д. внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления
Т		128. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние: А. 5-10 см **Б. 15-20 см** В. 25-30 см Г. 35-40 см Д. 45-50 см
Т		129. Бедренные грыжи чаще встречаются: А. у мужчин пожилого возраста **Б. у многорожавших женщин** В. у женщин нерожавших Г. у юношей

		Д. у детей
Т		130. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место: А. мелена Б. симптом мышечной защиты В. рвота желудочным содержимым цвета " кофейной кишки" Г. брадикардия **Д. коллапс**
Т		131. 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
Т		132. 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
Т		133. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является: А. энзимотерапия Б. антибиотикотерапия В. назогастральная интубация Г. рентгенотерапия **Д. все вышеперечисленное**
Т		134. Длительное раздавливание мягких тканей ведет к развитию всего, кроме: А. Краш - синдрома Б. травматического токсикоза **В. перелома** Г. острой почечной недостаточности
Т		135. Скопление крови в полости сустава вследствие кровотечения называется: А. гематома **Б. гемартроз** В. гемоперикардит Г. гемоторакс
Т		136. Симптом характерный для клиники субдуральной гематомы: **А. вторичная потеря сознания** Б. развитие генерализованного эпилептического припадка спустя 2-3 суток после травмы В. анизокория

		Г. птоз верхнего века
Т		137. Столбнячный анатоксин вводится для: А. снятия симптомов воспаления Б. предупреждения сепсиса **В. создания активного иммунитета** Г. создания пассивного иммунитета
Т		138. При острой задержке мочу выпускают: А. быстро, надавливая на мочевой пузырь Б. самотёком В. порциями по 800 мл с интервалом 5 мин **Г. порциями по 400 мл с интервалом 1-2 мин**
Т		139. Симптомы разрыва уретры: А. полиурия **Б. задержка мочи** **В. боль в промежности** **Г. гематома в промежности** Д. гематома надлобковой области
Т		140. Показание для ампутации конечностей: А. сухой некроз **Б. влажный некроз** В. обширная венозная язва Г. атеросклеротическая язва
Т		141. Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере: А. 250 мл Б. 500 мл **В. 1000 мл** Г. 1500 мл Д. 2000 мл
Т		142. Что не является компонентном комплексной терапии ДВС-синдрома: А. удаление пускового фактора ДВС-синдрома; Б. введение гепарина; В. введение свежезамороженной плазмы; **Г. введение тромбоцитной массы;** Д. тромболитическую терапию.
Т		143. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является: А. ФГДС Б. Обзорная Рентгенография брюшной полости В. Пероральная холецистография

		Г. Внутривенная холеграфия **Д. Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью**
Т		144. Повышение уровня прокальцитонина в крови характерно для: А. Острого тромбоза; Б. Онкологического процесса; **В. Сепсиса;** Г. ДВС- синдрома; Д. ТЭЛА.
Т		145. Выберите биохимический показатель сыворотки крови, который обладает наибольшей диагностической чувствительностью для заболеваний поджелудочной железы: А. общая а-амилаза Б. гистидаза В. b- амилаза **Г. панкреатическая а-амилаза** Д. трипсин
Т		146. Показаниями к операции при аневризме восходящего отдела аорты служат: А. расширение аорты более 5-6 см в диаметре Б. аортальная недостаточность В. расслоение аорты **Г. все перечисленное**
Т		147. Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является: **А. полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы** Б. сдавление конечности циркулярным струпом В. острый гнойный артрит Г. ампутация с целью уменьшений общей площади термических поражений и снижения интоксикации Д. с целью улучшения сердечной деятельности
Т		148. Нарушением метаболизма, происходящем на фоне дефекта гепатоцитов с внепеченочными проявлениями, и являющимся показанием к трансплантации печени считается: А. Болезнь Кароли Б. Первичный склерозирующий холангит В. Аутоиммунный гепатит **Г. Первичная гипероксалурия 1 типа**
Т		149. В этиологии парапроктитов главное значение имеет: А. выпадение прямой кишки Б. травма слизистой прямой кишки **В. воспаление анальных желез** Г. геморрой Д. общие септические заболевания
Т		150. Операция эмбол - и тромбэктомия при острой непроходимости бифуркации аорты и артерий конечности при тяжелой ишемии показана во всех случаях, кроме: А. Случаев развития острого инфаркта миокарда; Б. Случаев острого ишемического инсульта; В. Случаев абсцедирующей пневмонии; Г. Случаев развития тотальной контактуры пораженной конечности; **Д. Все неверно.**
Т		151. Показанием к трансплантации поджелудочной железы НЕ является: А. Сахарный диабет I типа, осложнённый диабетическим гломерулосклерозом Б. Сахарный диабет I типа, осложнённый предпролиферативной ретинопатией В. Сахарный диабет I типа с сочетанием осложнений **Г. Сахарный диабет II типа, осложнённый диабетической ретинопатией**
Т		152. Основные факторы риска развития рака молочной железы: А. наследственность Б. неоднократная беременность с абортами В. травма молочной железы Г. повышенный фон наружной радиации **Д. отсутствие беременности на фоне химической контрацепции**
Т		153. Методом выбора в лечении резидуального холедохолитиаза является: А. Холедохолитотомия с дренированием холедоха по Керу; Б. УЗ литотрипсия; В. Литолитическая терапия; **Г. ЭРХПГ с ЭПСТ и литоэкстракцией;** Д. Супрадуоденальная холедоходуоденостомия.
Т		154. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:

		А. Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия Б. Сафенэктомия по комбинированной методике **В. Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную** Г. Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок Д. Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.
Т		155. Отек легких при левожелудочковой недостаточности проявляется всем перечисленным, кроме: **А. редкого пульса малого наполнения** Б. глухих тонов сердца В. клокочущего дыхания, пенистой мокроты розового цвета Г. обильных влажных хрипов на всем протяжении легких Д. тахикардии
Т		156. Для повреждения прямой мышцы живота характерно: А. кровоизлияние в передней брюшной стенке **Б. разрыв прямой мышцы живота, возникающего, как правило, при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса** В. резкая боль в области брюшной стенки Г. симптомы раздражения брюшины Д. напряжение передней брюшной стенки
Т		157. Операция эзофагокардиомиотомии показана: А. При карциноме пищевода **Б. При ахалазии пищевода и кардиоспазме** В. При диафрагмальной грыже Г. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы Д. При всем перечисленном
Т		158. 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 течении двух недель, а затем радикальная операция**
Т		159. Абсолютными показаниями для интубации двухпросветной трубкой являются: А. опухоль легкого Б. **бронхоплевральный свищ** В. необходимость выполнения лобэктомии Г. ламинэктомия в торакальном отделении Д. операция на пищеводе
Т		160. При подозрении на воспалительный процесс рекомендуется провести исследование: А. С-реактивного белка Б. белковых фракций В. лейкоцитарной формулы Г. СОЭ **Д. всего перечисленного**
Т		161. Какой разрез наиболее рационален при подкожном панариции ногтевой фаланги? А. продольный разрез по центру ладонной поверхности ногтевой фаланги; Б. полукруглый разрез по свободному краю ногтевой пластинки; **В. два продольных разреза по ладонно-боковым поверхностям ногтевой фаланги с обеих сторон;** Г. клюшкообразный разрез; Д. крестообразный разрез по центру ладонной поверхности ногтевой фаланги.
Т		162. Наиболее частыми причинами развития аневризм восходящего отдела аорты являются: **А. атеросклероз** Б. гипертония В. сифилис **Г. медианекроз**
Т		163. При клапанном инфекционном эндокардите операцией выбора является: А. реконструктивная операция **Б. замещение клапана аллографтом** В. замещение клапана биопротезом Г. замещение клапана механическим протезом
Т		164. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение: А. Бронхоэктатической болезни Б. Абсцесса В. Туберкулеза **Г. Острой пневмонии** Д. Эхинококкоза
Т		165. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение необходимо начать с:

		А. плевральной пункции с аспирацией воздуха Б. дренирования плевральной полости В. торакоскопии Г. немедленной торакотомии Д. симптоматического лечения
Т		166. При диабетической коме наблюдается: **А. Декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом** Б. Гипонатриемия с метаболическим алкалозом В. pH выше 7.35 Г. Гипонатриемия с метабоическим ацидозом Д. Декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом
Т		167. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется: А. в левой половине ободочной кишки **Б. в правой половине ободочной кишки** В. одинаково часто в правой и левой половине Г. в сигмовидной кишке Д. в поперечно-ободочной кишке
Т		168. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются: А. Пневмомедиастиноскопия Б. Бронхография В. Бронхоскопия **Г. Пневмомедиастинография** Д. Искусственный пневмоторакс
Т		169. Для фиксации лодыжек после их вправления показана: А. циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка Б. циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой **В. разрезная циркулярная повязка типа сапожок** Г. У- образная повязка с лонгетой для стопы Д. У- образная повязка без лонгеты для стопы
Т		170. Антибиотикотерапия у обожженных применяется: А. при поверхностных ожогах Б. при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью **В. при развитии осложнений** Г. для лечения обожженных в условиях поликлиники Д. не применяется
Т		171. Задняя дозированная сфинктеротомия показана при лечении: **А. геморроя, с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины** Б. кокцигодинии В. хронического парапроктита Г. геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов Д. выпадении слизистой прямой кишки
Т		172. При классической split-трансплантации реципиентами фрагментов печени могут быть. А. Два взрослых **Б. Взрослый и ребенок** В. Только два ребенка Г. Три ребенка
Т		173. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является: **А. Острый панкреатит** Б. Механическая желтуха В. Хронический панкреатит Г. Наличие конкрементов в панкреатических протоках Д. Холедохолитиаз
Т		174. Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является: А. Пневмоторакс Б. Свернувшийся гемоторакс **В. Продолжающееся кровотечение в плевральную полость** Г. Проникающее ранение грудной клетки Д. Гемо-пневмоторакс
Т		175. Переломы костей голени без смещения отломков требуют: **А. наложения разрезной гипсовой повязки** Б. скелетного вытяжения В. наложения компрессионно-дистракционного аппарата Г. хирургического лечения Д. функционального лечения
Т		176. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения является: А. Плевральная пункция Б. Назотрахеальная катетеризация В. Микротрахеостома Г. Лечебная трахеостома **Д. Лечебная бронхоскопия**
Т		177. Основным методом лечения гемоторакса является **А. Плевральная пункция** Б. Дренирование плевральной полости

		В. Широкая торакотомия Г. Торакоскопия и ликвидация гемоторакса Д. Дренирование плевральной полости двумя дренажами
Т		178. Выберите биохимический показатель, который повышается в сыворотке при панкреатитах: А. креатинин Б. КФК В. ГГТП Г. щелочная фосфатаза **Д. липаза**
Т		179. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является: А. Резекция доли или сегмента печени Б. Наложение билиодигестивного соустья **В. Вскрытие и дренирование абсцесса** Г. Трансплантация печени Д. Гемигепатэктомия
Т		180. Какой из указанных симптомов не характерен для базедовой болезни: А. зоб Б. тахикардия В. тремор рук Г. экзофтальм **Д. снижение основного обмена**
Т		181. Какое из указанных заболеваний щитовидной железы всегда протекает с повышением ее функции: **А. базедова болезнь** Б. эндемический зоб В. тиреоидит Г. зоб Риделя Д. зоб Хашимото
Т		182. Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является: А. анемия Б. нормализация диуреза **В. повышение температуры тела** Г. диспротеинемия Д. снижение АД
Т		183. У больной 54 лет, находящейся в гинекологическом отделении, на третьи сутки после экстирпации матки по поводу миомы, диагностирован илеофеморальный венозный тромбоз. Лечебная тактика: А. провести консервативную терапию в условиях гинекологического отделения Б. в случае эффективности консервативной терапии выписать больную на амбулаторное долечивание В. после снятия швов перевести больную в хирургический стационар Г. при ухудшении состояния перевести больную в сосудистое отделение **Д. срочно перевести больную в сосудистое хирургическое отделение**
Т		184. Гнойно-воспалительный процесс при тендовагините сгибателей V пальца не распространяется в следующие клетчаточные пространства: А. в межпальцевой промежуток; **Б. в лучевую синовиальную сумку;** В. в локтевую синовиальную сумку; Г. в межмышечное пространство гипотенара; Д. в пространство Пирогова-Пароны.
Т		185. При лимфогранулематозе желудка необходимо: А. Произвести резекцию желудка Б. Произвести резекцию желудка и ваготомию **В. Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию** Г. Назначить химиотерапию Д. Назначить лучевую терапию
Т		186. Наиболее исчерпывающие данные о распространенности расслоения аорты могут быть получены при: А. обычном рентгенологическом исследовании Б. эхографии В. компьютерной томографии Г. ЯМР-томографии **Д. аортографии**
Т		187. У больного через 2 дня после пневмонэктомии развилась первичная несостоятельность культи бронха. Лечебные мероприятия показаны: А. Плевральная пункция **Б. Дренирование плевральной полости** В. Бронхоскопия и нанесение биологического клея Г. Срочная реторакотомия Д. Наблюдение за больным
Т		188. Показанием к трансплантации печени НЕ является: А. Болезнь Вильсона-Коновалова Б. Цирроз печени в исходе тирозинемии **В. Болезнь Фабри** Г. Дефицит а-1-антитрипсина Д. Ничего из перечисленного
Т		189. Показаниями к электрокардиоверсии являются А. синусовая тахикардия Б. узловая брадикардия **В. желудочковая тахикардия** Г. электромеханическая диссоциация

		Д. все перечисленные состояния
Т		190. Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину: **А. 0,5-0,8см** Б. 0,8-1,0см В. 1,0-1,5см Г. 1,5-2,0 Д. более 2,0см
Т		191. Какое диагностическое значение имеет определения фибриногена: А. фактор коагуляции, вязкости крови Б. независимый фактор риска инфаркта миокарта и инсульта В. острофазный белок Г. кофактор агрегации тромбоцитов **Д. все перечисленное верно**
Т		192. При переломах костей таза чаще всего повреждаются: А. простата у мужчин и яичники у женщин **Б. уретра (простатическая часть)** В. дистальная часть мочеиспускательного канала Г. мочевой пузырь Д. влагалище у женщин и половой член у мужчин
Т		193. При двустороннем пересечении возвратного нерва наблюдается: А. открытие задней голосовой щели **Б. неполное закрытие голосовой щели** В. полная релаксация мышц и открытие голосовой щели Г. положение голосовых связок не изменяется Д. экспираторное закрытие
Т		194. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют: А. о холедохолитиазе Б. о сальмонеллезе желчного пузыря **В. о внутренней желчной фистуле** Г. о желудочно-толстокишечной фистуле Д. о холецистите
Т		195. Доступ по Волковичу-Дьяконову применяется при: **А. приступе острого аппендицита** Б. остром деструктивном холецистите В. панкреонекрозе Г. перфоративной язве желудка
Т		196. Пластическое укрепление тазового дна по Брайцеву применяется при: **А. выпадении прямой кишки** Б.бедренной грыже В. выпадении влагалища Г. тромбозе геморроидальных узлов
Т		197. В третьем этапе операции Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера проводят: **А. шов культи двенадцатиперстной кишки** Б. наложение желудочно-кишечного соустья В. отсечение желудка по правой границе резекции Г. удаление желудка
Т		198. К особенностям перитонита при внутрибрюшной травме мочевого пузыря относится: **А. длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины** Б. выраженный метеоризм В. высокая температура тела Г. резкая выраженность симптомов раздражения брюшины
Т		199. Лечение кровопотери 10-15% объёма циркулирующей крови (500-700 МЛ) состоит в: **А. инфузионной терапии кристаллоидными растворами** Б. внутривенном введении препаратов железа В. гемотрансфузии Г. инфузионной терапии коллоидными растворами
Т		200. Достаточным считается расширение стриктуры пищевода до ___ мм: А. 12-14 Б. 0-11 В. 20-22 Г. 25-30
II		**Ознакомьтесь с ситуационной задачей и дайте развёрнутый ответ на представленные вопросы**
У	1	Больная 87 лет, пенсионерка. Утром после завтрака появились острые боли в эпигастрии с иррадиацией болей в грудь слева, в левом подреберье, в левую подвздошную область и спину. Тошнота, рвота съеденной пищей и желчью. Дважды был жидкий стул без патологических примесей. Поведение больной беспокойное. Объективно: общее состояние средней тяжести, холодный пот. Ожирение 2-3 ст. Со стороны сердечно - легочной системы выраженной патологии не найдено. АД 190/95, пульс 84 в 1 мин. Живот умеренно вздут. Определяются синюшно-багровые пятна на боковой поверхности живота. Перистальтика ослаблена. При пальпации - напряжение в эпигастрии, больше в левом подреберье. Печень, желчный пузырь не определяются. Слабоположителен см Щеткина - Блюмберга в левой половине живота. Мочеиспускание не нарушено. Температура 36,8 гр., лейкоцитоз $10,8*10^3$ /л, диастаза мочи 200.

В		1. Каков ваш предположительный диагноз? **Диагноз - острый панкреатит (триада Мондора – боль, рвота, метеоризм)**
В		2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза? **Для постановки диагноза – рентген, альфа-амилаза в моче, УЗИ, лапароскопия**
В		3. Составьте план лечения. **Консервативная терапия: инфузионная. терапия, голод, Н2-блокаторы (ранитидин, фамотидин), ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс), антибиотики- карбапенемы, цефалоспорины III, IV+ метронидазол, октреотид, сандостатин.** **Хирургическое лечение – лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.** **При распространенном инфицированном панкреонекрозе –лапаротомия, некрэктомия, секвестрэктомия, резекция.**
У	2	В поликлинику обратился больной 75 лет с жалобами на боли в области желудка, пониженный аппетит, слабость, потерю массы тела, снижение работоспособности. Более 20 лет болел язвой желудка. В последний год характер болей изменился, они стали менее интенсивными, мало зависящими от приема пищи (как наблюдалось ранее), периодически отмечает отрыжки тухлым яйцом или воздухом. Обьективно: несколько пониженного питания, бледноват, живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Пальпаторно патологии не выявлено. Температура 36,6 гр.
В		1. Каков предварительный диагноз у данного пациента? **Рак желудка.**
В		2. Какие дополнительные исследования нужно назначить в целях подтверждения диагноза? **ФГС с биопсией, рентгеноскопия желудка с барием, УЗИ брюшной полости**
В		3. Дайте рекомендации данному больному **После уточнения диагноза – плановое оперативное лечение.**
У	3	Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.
В		1. Какой диагноз можно поставить данному больному? **Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти**.
В		2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии? **Правило пяти О: обстановка, обезболивание, обескровливание, отток (операция), обездвиживание.**
В		3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации? **В скрытие и дренирование по Клапу.**
В		4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании? **Костный панариций, пандактилит, гнойный тенобурсит 5-го пальца, перекрестная и Пироговская флегмоны.**
		5. Определите трудоспособность. **Выдача больничного листа с учетом профессии.**
У	4	Мужчина 30 лет получил удар тупым предметом по голове. Терял сознание на несколько минут. Самостоятельно добрался до дома, лег спать. Утром жена не смогла разбудить. «Скорой помощью» доставлен в приемный покой ЦРБ. При госпитализации заторможен, сопротивляется осмотру, речевой контакт невозможен. При защитных движениях определяется снижение мышечной силы в правых конечностях. В левой височной области кожа осаднена. Левый зрачок шире правого. Пульс 48 в мин.
В		1. Каков ваш предварительный диагноз? **Тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома слева, ушиб головного мозга**
В		2. Какие дополнительные методы исследования нужно назначить данному больному? **Рентгеновские снимки черепа, эхоэнцефалоскопия, ЭКГ, консультация невропатолога, окулиста, общий анализ крови, кровь на сахар.**
В		3. Клинический диагноз? **Первичная тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, Внутричерепная гематома слева, ушиб головного мозга тяжелой степени.**
В		4. Лечебная тактика в ЦРБ **Резекционная трепанация черепа под наркозом**
В		5. Принципы оперативного вмешательства **Типичная резекционная трепанация в левой теменно-височной области, вскрытие твердой мозговой оболочки, удаление гематомы и отмывание сгустков, дренирование раны, швы на кожно-фасциальный лоскут. Твердая мозговая оболочка не зашивается.**
В		6. Каков ваш прогноз? **Возможно благоприятный.**
У	5	Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса. Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы – дежурный врач ЦРБ. При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен, неповрежденные покровы бледно-серые.

		Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо – на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки слущенного эпителия, морщины – белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемирован, во рту и в носовых ходах – следы копоти. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности – плотный буро-коричневый струп с просвечивающими кожными сосудами, кисть – выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти – единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо – коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым – в нижней трети, в средней и верхней – десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность — поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность – чередование слущенного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы – небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечьи, передненаружной поверхности бедра справа безболезненны. Общий анализ крови: эр. – 6,2 х 10 ; Нв – 220 г/л; ц. п. – 1,2; л. – 12,2 х 10; СОЭ – 25 мм/час.
В		1. Диагноз при поступлении? **Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I – II – III А – Б степени общей площадью 48 % (III Б – 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок.**
В		2. Каков объем первой и доврачебной помощи? **Первая помощь – тушение и удаления горящей одежды. Длительное обливание обожженной поверхности холодной водой (в течение 20-30 минут до приезда «Скорой помощи»). По возможности – обезболивание, если нет рвоты, то дать внутрь воды, лучше минеральной. Наложить влажно-высыхающие, сухие повязки, можно обернуть больного чистыми простынями. Доврачебная помощь – введение обезболивающих (лучше – наркотические анальгетики внутривенно), исправление повязок, наложение контурных. При транспортировке более часа – начало инфузионной терапии шока (в периферическую вену) – реополиглюкин, полиглюкин, кристаллоиды. Обильное соляно-щелочное питье – при отсутствии рвоты.**
В		3. С помощью каких проб можно определить глубину ожога? **Волосковая проба. Если опаленный волос выдергивается с трудом и болезненно – ожог поверхностный, если легко, безболезненно – значит глубокий. Спиртовая проба – если прикосновение марлевого шарика, смоченного спиртом вызывает боль – ожог поверхностный, если нет – глубокий. Проба иглой – если укол болезненный – то ожог поверхностный, если тупой, безболезненный – то глубокий.**
В		4. Тактика и план лечения. Правило трех катетеров. Критерии выхода из ожогового шока. **Больной с обширными (48 %), в том числе, глубокими (25 %) ожогами, термо-ингаляционной травмой в состоянии тяжелого ожогового шока нетранспортабелен, задерживается на месте (ЦРБ). Начинается инфузионная терапия в магистральную вену, катетеризуется мочевой пузырь, к носовым ходам подается увлажненный кислород («правило трех катетеров»). После обезболивания выполняется снятие повязок, туалет ожоговой раны – удаление остатков сгоревшей одежды, десквамированного эпидермиса, вскрытие пузырей.**
В		5. Какие экстренные врачебные манипуляции необходимо выполнить? **Некротомии на правой голени и правом предплечье – продольные разрезы на всю глубину струпа до жизнеспособных тканей, появления кровотечения (фасцию рассечь обязательно). Влажно-высыхающие повязки. Двухсторонняя шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому – ожог лица, термо-ингаляционная травма. Экстренная профилактика столбняка – 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки по Безредко, 1,0 мл столбнячного анатоксина. Инфузионная терапия ожогового шока (в первые 8 часов – 1/2 объема, остальное – в последующие часы). По принципу «на себя» вызывается врач-комбустиолог из областного ожогового центра (если пострадавший ребенок, то вместе с детским реаниматологом). Они оценивают состояние больного, помогают с катетеризацией магистральных вен, проверяют качество инфузионной терапии, лечебных манипуляций, назначают лечение. По выведении пациента из шока – перевод в ожоговый центр по согласованию с заведующим (больной должен быть обследован). Критерии выхода из ожогового шока: подъем температуры тела до фебрильной, гектической, нормализация диуреза (до 40-60 мл/час) и гематокрита.**
У	6	Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт ст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% — 1 мл, димедрола 1% — 1 мл, кордиамина 2 мл. В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.
В		1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое? **Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа.**
В		2. Какие дополнительные методы исследования необходимы? **Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Минилапаротомия на операционном столе.**

В		3. Каков объём оказание помощи в районной больнице? **Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – повреждений нет. Отмывание живота. Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаратомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.**
		4. Принципы оперативного пособия. Сроки реабилитации. **При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.**
У	7	Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по среднеключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкусиии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено.Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ – зона ишемии в переднебоковых отделах левого желудочка. На ренгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.
В		1. Каков ваш предварительный диагноз? **Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца**
В		2. Какова тактика в районной больнице? **Срочное оперативное лечение**
В		3. Выбор анестезии. **Эндотрахеальный наркоз**
В		4. Принципы операции. **Торакотомия передне-боковая в 5 межреберьи, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки**
В		5. Возможные осложнения после операции, их профилактика. **Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс**
В		6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения. **Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.**
У	8	У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.
В		1. Какова причина перитонита? **Ущемление петли тонкой кишки**
В		2. Какая тактическая ошибка была допущена хирургом? **Необходимо было выполнить ревизию органов брюшной полости**
В		3. Тактика дальнейшего лечения **Экстренное оперативное вмешательство – лапаротомия, ревизия брюшной полости.**
У	9	К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластичное образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.
В		1. Ваш диагноз? **Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа**
В		2. С какими заболевания необходимо провести дифференциальную диагностику? **Метастаз в паховый лимфоузел, сифилис**
В		3. Какова тактика лечения? **Экстренное оперативное вмешательство**
У	10	Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.
В		1. О каком осложнении можно думать? **О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.**
В		2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка? **Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.**
В		3. Оцените состояние водно – электролитного обмена. **Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД.**
В		4. Какие ожидаются изменения гематокрита, показатели азотистого обмена, относительной плотности мочи? **Увеличение всех показателей: гематокрита – за счет сгущения крови, относительной плотности мочи – за счет олигурии и повышенной реабсорбции, повышение показателей азотистого обмена .**

В		5. Тактика лечения? **Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых и белки содержащих растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови, промывание желудка по вечерам.**
У	11	Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 390С. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженный лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево.
В		1. Какое осложнение острого холецистита у больной? **Имеет место осложнение острого калькулезного холецистита – желчный перитонит.**
В		2. Какие дополнительные методы инструментальной диагностики необходимо применить для верификации диагноза? **Для верификации диагноза можно применить УЗИ, лапароскопию.**
В		3. Какова лечебная тактика? **Показана экстренная операция.**
У	12	Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л.
В		1. Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной? **Интраоперационная холеграфия.**
В		2. Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища? **Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК.**
В		3. Какова лечебная тактика? **Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.**
У	13	Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р – 78 в 1 мин. Живот ассиметричен – резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко – эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму, жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл.
В		1. Ваш диагноз? **Заворот сигмовидной кишки.**
В		2. С какими заболевания необходимо дифференцировать данную патологию? **Рак сигмовидной кишки.**
В		3. Какая должна быть лечебная тактика? **Оперативное лечение.**
У	14	Больной, поступивший в клинику, жалуется на сильные боли в левой половине живота, многократные рвоты, тошноту, потерю веса на 13 килограмм за последние 2 месяца. При осмотре хирург выявил опухолевидное образование до 5 см в левой мезогастральноной области, плотное, малоподвижное.
В		1. Какой диагноз необходимо поставить? **Рак ободочной кишки.**
В		2. Какие инструментальные методы обследования необходимо выполнить? **Ирригоскопию, колоноскопию с биопсией.**
В		3. Какова тактика лечения? **Оперативное лечение - левосторонняя гемиколэктомия.**
У	15	Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 часов. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.
В		1. Для какого заболевания характерны указанные жалобы? **Для хронической трещины анального канала.**
В		2. Какие дополнительные методы исследования следует провести данной больной? **Пальцевое исследование, осмотр анаскопом, ректальным зеркалом, ректороманоскопия.**
В		3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? **С геморроем, опухолью прямой кишки.**
В		4. Какое значение для этого заболевания имеет перенесенная дизентерия? **Никакого.**
У	16	Больная 48 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение 11 лет. При обследованиивыявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.
В		1. Ваш предположительный диагноз? **Варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств.**

В		2. Какие функциональные пробы следует выполнить? **Пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта и Шейниса.**
В		3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз? **Флебография, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей.**
В		4. Какова тактика лечения? **Радикальная операция. Флебэктомия комбинированная.**
У	17	Больной 26 лет поступил с жалобами на перемежающуюся хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, до этого перенес нервное потрясение, много курит. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях несколько ослаблен, шум не выслушивается. Проба Оппеля - 30 секунд. Проба Лененнедо - Лавастина - 18 секунд. Реоиндекс - 0.5. На теплограммах - тепловая "ампутация" пальцев стоп. На ангиограмме - стенозирование дистальных участков артерий голени.
В		1. Ваш предположительный диагноз? **Облитерирующий эндартериит II стадии.**
В		2. План дополнительного исследования? **Допплерография, радинуклидное исследование микроциркуляции.**
В		3. Тактика лечения? **Лечение консервативное: режим, спазмолитические смеси, квантовая терапия для улучшения микроциркуляторных процессов, прекращение курения.**
У	18	Женщина 30 лет заболела 16 часов назад. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые через 3 часа сместились в правую подвздошную область и там остаются до настоящего времени, постепенно нарастая. Была тошнота, двукратная рвота. Подобные боли возникли впервые. При осмотре: температура 37,6 °С. Пульс 92 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Низ живота ограниченно участвует в акте дыхания, болезненный в правой подвздошной области, здесь же имеется небольшое защитное мышечное напряжение и положительные перитонеальные симптомы. Перистальтика обычная.
В		1. Какое заболевание можно заподозрить у больной? На основании каких данных? **Острый аппендицит, местный перитонит. На основании симптома Кохера-Волковича; сроков, прошедших с начала заболевания; постепенного нарастания клиники; локализации болей в правой подвздошной области и наличия там перитонеальной симптоматики.**
В		2. Какие симптомы необходимо проверить для подтверждения диагноза? **Симптомы: Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского ("рубашки"), Бартомье-Михельсона.**
В		3. Какие дополнительные методы обследования необходимы? **Общий анализ крови, осмотр гинеколога, при необходимости УЗИ гениталий, диагностическая лапароскопия.**
У	19	Больной Ж. 26 лет болен 3 дня. Заболевание началось с болей в правой подвздошной области, тошноты, однократной рвоты. Принимал анальгетики, на фоне которых, боли становились меньше. Температура была 37,3°С. За эти дни к врачу не обращался. 3 часа назад боль в правой подвздошной области усилилась. Была двукратная рвота. Состояние ухудшилось. Температура повысилась до 37,6°С. Боль распространилась на весь низ живота. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 96 уд/мин, Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, низ живота ограниченно участвует в дыхании. Живот напряженный и болезненный во всей гипогастральной области, больше справа. Симптомы Ровзинга, Воскресенского ("рубашки") положительные. Перитонеальные симптомы положительные в гипогастральной области. Перистальтика ослаблена.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Острый аппендицит, осложненный перфорацией отростка. Распространенный перитонит.**
В		2. Что необходимо для подтверждения диагноза? **Проверить симптомы: Ситковского, Образцова, Бартомье-Михельсона, Ауре-Розанова**
В		3. Какова лечебная тактика? Особенности хирургического лечения? **Экстренная хирургическая операция: нижняя срединная лапаротомия. Объем операции: аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.**
В		4. Лечение в послеоперационном периоде? **Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины + метрогил) в/в и в/м, дезинтоксикационная терапия, анальгетики, стол 1А, антисептики в дренаж, на 4-й день - очистительная клизма, на 4-й день дренажи заменяют на короткие, а на 5 день -на "лодочки".**
У	20	Больная В. 32 лет, находилась на лечении в хирургическом отделении с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. На фоне консервативного лечения на 10-й день от начала заболевания состояние больной ухудшилось: усилились боли в правой подвздошной области, температура приняла гектический характер. Инфильтрат в правой подвздошной области увеличился в размерах, стал более болезненным при пальпации. Перитонеальные симптомы над инфильтратом отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается. Лейкоциты в анализе крови 16х106 /л, появился сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Аппендикулярный асцесс.**
В		2. Какие обследования необходимы для подтверждения диагноза? **УЗИ правой подвздошной области, КТ брюшной полости.**
В		3. Какова лечебная тактика? Особенности хирургического лечения? **Хирургическое лечение: вскрытие и дренирование абсцесса из внебрюшинного доступа по Пирогову. Червеобразный отросток не удаляют. Операционную рану не зашивают, она будет заживать вторичным натяжением.**
В		4. Лечение в послеоперационном периоде? **Анальгетики, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, введение антисептиков в дренажи (промывная система). После клинического выздоровления и заживления раны у больной останется хронический резидуальный аппендицит. Ей будет показана плановая аппендэктомия через 2 месяца после выписки из стационара.**
У	21	Больной В. 46 лет был 12 часов назад избит неизвестными. За медпомощью не обращался, а дома состояние больного постепенно ухудшилось, усилились боли в левой половине живота, наросла слабость, появилось головокружение. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 112 ударов в минуту, давление 100/60

		мм.рт.ст.. Живот несколько вздут, умеренно напряженный и болезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы положительные. Печеночная тупость сохранена. В боковых флангах определяется смещаемое притупление. Перистальтика резко ослаблена.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Тотальный перитонит, скорее всего на фоне внутрибрюшного кровотечения из селезенки.**
В		2. Какими методами обследования можно подтвердить диагноз? **Общий анализ крови (снижение гемоглобина и эритроцитов), на УЗИ брюшной полости - свободная жидкость, изменение размеров селезенки и прерывистость ее контура.**
В		3. Какова тактика хирурга? **Экстренная операция. Срединная лапаротомия, ревизия, забор крови для реинфузии, гемостаз (спленэктомия), произвести санацию и дренирование брюшной полости, ввести в брюшную полость антисептик.**
В		4. Какое лечение показано в послеоперационном периоде? **Анальгетики, антибиотики широкого спектра действия, инфузионная терапия, возможно понадобится заместительная терапия (в\в эритроцитарную массу), антисептики в дренажи, профилактика пареза кишечника, на 4-й день - очистительная клизма, на 4-й день дренажи заменяют на короткие, на 5-й день - на "лодочку". Стол №1.**
У	22	Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 х 10/л, Нв – 100 г/л.
В		1. Предварительный диагноз? **Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением**
В		2. Какое осложнение возможно у больного? **Гастродуоденальное кровотечение**
В		3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить? **Необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.**
В		4. Алгоритмы Ваших действий? **Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.**
В		5. Принципы консервативной терапии. **При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.**
В		6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты. **Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.**
В		7. Ваши рекомендации при выписке. **После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.**
У	23	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. Ваш предварительный диагноз? **Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.**
В		2. Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи? **Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.**
В		3. План обследования больного? **Функциональные пробы на клиническом этапе обследования. Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирования вен, радионуклидная флебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам.**
В		4. Направления консервативной терапии? **Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение).**
В		5. Этапы хирургического лечения? Возможности малоинвазивных технологий? **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.
У	24	Пациенту 13 лет. Жалуется на плохое самочувствие, головную боль, подъем температуры до 39°, расстройство сна и аппетита, неопределенные боли в правом бедре. При осмотре: бедро увеличено в объеме, определяется нечетко очерченная зона гиперемии, при пальпации: болезненность, гиперемия. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Частота дыхания – 46 в минуту, ритмичное, поверхностное.
В		1. Ваш предполагаемый диагноз? **Диагноз: острый остеомиелит правого бедра**
В		2. Какова хирургическая тактика? **Тактика:** **А) иммобилизация конечности от кончиков пальцев до подмышечной впадины;** **Б) холод к очагу воспаления;** **В) инфузионная терапия с целью детоксикации;** **Г) экстренная госпитализация.**
У	25	Больная О., 56 лет заболела внезапно 3 часа назад после приема жирной и острой пищи. Боли появились в правом подреберье, иррадиировали в правое плечо, под правую лопатку, в правую половину шеи. Была тошнота и 2-х кратная рвота желчью. Год назад при обследовании была выявлена желчнокаменная болезнь. Подобный приступ впервые. Объективно: больная ведет себя беспокойно из-за болей, температура нормальная. Язык влажный. Живот не вздут, активно участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, дно желчного пузыря не пальпируется. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Лейкоциты 6,0х109 /л.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **ЖКБ, печеночная колика.**
В		2. Какими методами обследования можно подтвердить диагноз? **УЗИ желчного пузыря - отсутствие признаков воспаления и наличие гиперэхогенных теней с уз-дорожкой.**
В		3. Какова тактика хирурга? **Консервативное лечение.**
В		4. Какое лечение показано? **Анальгетики, спазмолитики, тепло на правое подреберье.**
У	26	Больной Д., 56 лет заболел 3 дня назад после приема жирной пищи с сильных болей в правом подреберье, тошноты и рвота желчью. Вызывал скорую помощь, после введения спазмолитиков боли стали меньше и от предложенной госпитализации больной отказался. Последующие два дня боли в правом подреберье постепенно опять наросли, появилась иррадиация под правую лопатку, в правое плечо и правую половину шеи. Подобные боли возникли впервые. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 92 ударов минуту, температура 38,6 °С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот не вздут, верх живота ограниченно участвует в дыхании, умеренно напряженный и болезненный в правом подреберье, где пальпируется болезненное дно желчного пузыря диаметром 5 см в диаметре. Симптомы Захарьина, Образцова, Мерфи, Ортнера-Грекова, Георгиевского-Мюсси положительные. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика удовлетворительная.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Острый холецистит.**
В		2. Какими методами исследования можно подтвердить диагноз, на основании каких признаков? **Общий анализ крови (повышение лейкоцитов и СОЭ).** **Биохимический анализ крови (повышение билирубина при гипертензии в желчевыводящих протоках, повышение амилазы при присоединении панкреатита). УЗИ желчного пузыря. При остром холецистите будет увеличение размеров желчного пузыря, утолщение (удвоение) его стенки за счет отека, возможно появление свободной жидкости в подпеченочном пространстве. Наличие УЗ-теней будет указывать на наличие ЖКБ, которая и привела к развитию воспаления. КТ органов брюшной полости (печени и желчного пузыря).**
В		3. Как должен поступить хирург приемного отделения? **Должен госпитализировать больного в хирургическое отделение, провести вышеуказанное обследование и назначить консервативное лечение. Дальнейшая тактика будет зависеть от результатов этого лечения.**
В		4. Какое лечение показано? В чем оно заключается? **Холод на правое подреберье, голод 2-3 дня, затем 5 стол, спазмолитики, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационная терапия, новокаиновая блокада круглой связки печени и динамическое наблюдение. При положительной динамике - продолжить лечение до клинического выздоровления и при наличии ЖКБ рекомендовать плановую операцию через 1,5-2 месяца, при отрицательной динамике - экстренная операция (холецистэктомия).**
У	27	Больная Ч., 64 лет находится 4 дня в хирургическом отделении с острым холециститом. Было назначено консервативное лечение, состояние больной улучшилось: стали меньше боли, снизилась температура. Но внезапно состояние больной ухудшилось, резко усилились боли в правом подреберье, появился холодный пот, снизилось АД. Объективно: состояние тяжелое, пульс 100 ударов минуту, температура 37,3 °С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот не вздут, не участвует в дыхании, напряженный и болезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы положительные во всех отделах живота. Перистальтика ослаблена.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Острый холецистит, осложненный перфорацией желчного пузыря, тотальный перитонит.**
В		2. Будет ли зависеть тактика от наличия или отсутствия конкрементов в желчном пузыре? **Больному показана экстренная операция не зависимо от наличия конкрементов в желчном пузыре.**
В		3. В чем будет заключаться лечение? **Будет показана срединная лапаротомия, холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости.**
В		4. Какое лечение нужно назначить после операции? **Анальгетики, антибиотики широкого спектра действия в\м или в\в, антисептики в дренажи,**

		дезинтоксикационная терапия, профилактика пареза кишечника, на 4-й день - очистительная клизма, на 4-й день дренажи заменяют на короткие, на 5-й день - на "лодочку". Швы снимают на 9 день. Стол 5.
У	28	Больной М., 42 лет доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Заболел 2 дня назад после приема алкоголя. При осмотре состояние больного средней тяжести, пульс 96 ударов в минуту, температура 37,0°С, язык сухой. Живот ассиметрично вздут за счет выбухания эпигастральной области, мягкий, активно участвует в дыхании, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомы Керте, Каменчик, Мейо-Робсона положительные. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика ослаблена. Смещаемого притупления во флангах нет.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Острый панкреатит.**
В		2. Какие симптомы данного заболевания необходимо еще проверить? **Симптомы Воскресенского, Мондора, Грей-Тернера, Кулена, Бонде.**
В		3. Какие методы обследования показаны? **Биохимический анализ крови (амилаза, липаза, глюкоза, билирубин, АлАт, АсАТ, билирубин, мочевина, гематокрит, электролиты), УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и на предмет свободной жидкости в брюшной полости.**
В		4. Какое лечение нужно назначить? **Холод на живот, голод в течении 5 дней, затем 5-п стол, спазмолитики, антиферментные препараты (контрикал, гордокс), препараты, снижающие секрецию поджелудочной железы (октреатид п/к), блокаторы протоновой помпы (лосек в/в), инфузионная терапия (направлена на дезинтоксикацию, восполнение ОЦК, коррекцию электролитных нарушений, парентеральное питание), паранефральная блокада, анальгетики, антибиотики для профилактики гнойных осложнений (цефалоспорины 3 поколения).**
У	29	Больной с. 52 лет жалуется на сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Беспокоит тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. злоупотребляет алкоголем. Болен 4 суток. Подобные боли 3 раз. Пол года назад лечился по поводу острого панкреатита в хирургическом стационаре где проводилось лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. При осмотре: состояние средней тяжести, язык сухой, пульс 102 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно-равномерно вздут, в боковых отделах живота и в области пупка синюшные пятна. При пальпации отмечается выраженная болезненность в эпигастральной области. Никакие патологические образования брюшной полости не определяются. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика ослаблена.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Острый панкреатит (рецидив).**
В		2. Какие симптомы данного заболевания необходимо еще проверить для подтверждения диагноза? **Симптомы: Бонде, Керте, Каменчик, Мейо-Робсона, Воскресенского.**
В		3. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза? **Методы обследования: Общий анализ крови, биохимический анализ крови (амилаза, липаза, глюкоза, билирубин, АлАт, АсАТ, билирубин, мочевина, гематокрит, электролиты), УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и на предмет свободной жидкости в брюшной полости, КТ брюшной полости и забрюшинного пространства.**
В		4. Какое лечение показано? **Холод на живот, голод в течении 5 дней, затем 5-п стол, спазмолитики, антиферментные препараты (контрикал, гордокс), препараты, снижающие секрецию поджелудочной железы (октреатид п\к), блокаторы протоновой помпы (лосек в\в), инфузионная терапия (направлена на дезинтоксикацию, восполнение ОЦК, коррекцию электролитных нарушений, парентеральное питание), паранефральная блокада, анальгетики, антибиотики для профилактики гнойных осложнений (цефалоспорины 3 поколения), экстракорпоральные методы детоксикации. При выявлении жидкости в брюшной полости или в сальниковой сумке лапароскопическое дренирование.**
У	30	Больной Л. 70 лет, жалуется на слабость, головокружение, рвоту типа "кофейной гущи", черный кал. Подобные жалобы появились 3 дня назад. По поводу протезирования митрального клапана принимает варфарин по 1 таб. в день. Язвенного анамнеза нет. Кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. слабого наполнения, температура нормальная. Язык влажный, обложен коричневым налетом. На грудной клетке посередине имеется старый послеоперационный рубец. Живот не вздут, участвует в дыхании, слабо болезненный в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печеночная тупость сохранена. Притупления во флангах нет. Перистальтика кишечника удовлетворительная.
В		1. Ваш предварительный диагноз? **Желудочно-кишечное кровотечение на фоне приема варфарина (антикоагулянт непрямого действия).**
В		2. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза? **Осмотр per rectum, общий анализ крови (снижение гемоглобина, эритроцитов), коагулограмма и МНО для выявления степени гипокоагуляции, ФГС для выявления источника кровотечения.**
В		3. Какое лечение показано? **Строгий постельный режим, холод на живот, стол 1А холодный, гемостатическая терапия (хлористый кальций 10% - 10 в/в, аминокапроновая кислота 5% - 100 в/в, этамзилат натрия 12.5% - 2.0 в/м или в/в, СЗП), отмена варфарина (до нормализации коагулограммы и МНО), инфузионная терапия для восполнения ОЦК. Препараты для снижения секреции соляной кислоты в/в (лосек, нексиум, квамател), обволакивающие препараты (альмагель, маалокс, гевискон). При наличии язвы - препараты, улучшающие регенерацию (солкосерил, даларгин в/м).**
В		4. Каков прогноз? **Благоприятный. Прием антикоагулянтов будет возможен на фоне приема препаратов, снижающих секрецию соляной кислоты и обволакивающих препаратов.**