Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 20.03.2025 14:26:02
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
_____/Костив Е.П./
«17» мая 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.О.38 Хирургические болезни
Индекс, наименование
основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**31.05.01 Лечебное дело** (код, наименование)
Уровень подготовки	специалитет (специалитет/магистратура)
Направленность подготовки	02 Здравоохранение
Сфера профессиональной деятельности	(в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению)
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	6 лет (нормативный срок обучения)
Институт/кафедра	Институт хирургии

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 31.05.01 Лечебное дело, направленности 02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

tgmu.ru/sveden/files/31.05.01_Lechebnoe_delo_2023(3).pdf

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИДК.ОПК-4$_1$ – применяет медицинские изделия для диагностики, лечения, реабилитации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи ИДК.ОПК-4$_2$ – проводит обследование пациента с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов ИДК.ОПК-4$_3$- оценивает результаты проведенного обследования с целью установления диагноза
Этиология и патогенез	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК.ОПК-5$_1$- оценивает морфофункциональное состояние на основе полученных знаний ИДК.ОПК-5$_2$ – различает патологические и физиологические процессы, определяет этиологию изменений ИДК.ОПК-5$_3$- дает диагностическую оценку выявленным изменениям
Профессиональные компетенции		
А/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах)	ПК-2 Способность и готовность к распознаванию неотложных и представляющих угрозу жизни пациента состояний при острой хирургической патологии, травматических состояниях, заболеваниях женских половых органов и беременности, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме	ИДК.ПК-2$_1$ - обладает знаниями о состояниях, представляющих угрозу жизни пациента при острой хирургической патологии, травматических состояниях, беременности и родах, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме; ИДК.ПК-2$_2$ - демонстрирует умения и определяет тактику ведения пациентов при инфекционных и неинфекционных заболеваниях, требующих оказания неотложной и экстренной медицинской помощи; ИДК.ПК-2$_3$ - диагностирует угрожающие жизни и неотложные состояния при заболеваниях органов зрения и лор-органов, определяет тактику ведения и оказания скорой медицинской помощи

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Вопросы для собеседования Тесты Ситуационные задачи Оценка практических навыков
2	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, оценки практических навыков.

3.1. Контрольные вопросы для собеседования Б1.О.38 Хирургические болезни

1.Острый аппендицит. Классификация, этиология, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
2.Острый аппендицит у беременных. Особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
3.Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
4.Острый аппендицит у пациентов детского возраста. Особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
5.Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат). Клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
6.Осложнения острого аппендицита (пилефлебит). Клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
7.Паховые грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
8.Бедренные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
9.Пупочная грыжа. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
10.Вентральные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
11.Осложнения грыж (ущемление, невправимость). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
12.Осложнения грыж (воспаление, копростаз). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
13.Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
16. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (малигнизация). Клиника, диагностика, тактика ведения.
17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (пенетрация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
18. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (стенозирование). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
19. Кишечная непроходимость (механическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.

20. Кишечная непроходимость (динамическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
21. Ишемическая болезнь органов пищеварения (мезентериальный тромбоз). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
22. Перитонит. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения. Сепсис. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
23. Межпетельные абсцессы. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
24. Поддиафрагмальный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
25. Абсцесс Дугласова пространства. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
26. Гемоторакс. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
27. Пневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
28. Травматическое повреждение сердца. Клиника, диагностика, тактика ведения.
29. Травматическое повреждение легких. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
30. Травматическое повреждение пищевода. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
31. Желчно-каменная болезнь. Острый и хронический холециститы. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
32. Желчно-каменная болезнь. Холедохолитиаз. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
33. Травматическое повреждение печени. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
34. Травматическое повреждение селезенки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
35. Травматическое повреждение тонкой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
36. Травматическое повреждение прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
37. Травматическое повреждение толстой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
38. Заболевания печени (гемангиома). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
39. Заболевания печени (паразитарные заболевания). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
40. Заболевания печени (кисты печени). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
41. Заболевания печени (абсцессы печени). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
42. Заболевания внепеченочных желчных путей (стриктуры желчевыводящих протоков). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
43. Заболевания внепеченочных желчных путей (механическая желтуха, холангит). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
44. Заболевания щитовидной железы (зоб). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
45. Заболевания щитовидной железы (воспалительные заболевания). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
46. Заболевания поджелудочной железы (хронический панкреатит). Клиника, диагностика, тактика ведения.
47. Заболевания поджелудочной железы (кистозные образования поджелудочной железы). Клиника, диагностика, тактика ведения.
48. Заболевания поджелудочной железы (вирсунголитиаз). Клиника, диагностика, тактика ведения.
49. Заболевания пищевода (дивертикулы пищевода). Клиника, диагностика, тактика ведения.

50. Заболевания пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь). Клиника, диагностика, тактика ведения.
51. Заболевания пищевода (пищевод Баррета). Клиника, диагностика, тактика ведения.
52. Заболевания пищевода (ахалазия кардии). Клиника, диагностика, тактика ведения.
53. Заболевания пищевода (доброкачественные образования пищевода). Клиника, диагностика, тактика ведения.
54. Болезни оперированного желудка (Демпинг-синдром). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
55. Синдром портальной гипертензии. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
57. Бронхоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
59. Диагностическая лапароскопия. Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
60. Эзофагогастродуоденоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
61. Диагностическая торакоскопия. Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
62. Энтероскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
63. Колоноскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
64. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (папилосфинктеротомия). Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
65 Холангиоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
66. Виды эндоскопической биопсии (браш, пункционно-аспирационная, инцизионная, щипковая). Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
67. Виды эндоскопического гемостаза (инъекционный, термический, механический). Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

Критерии оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.38 Хирургические болезни

Тема: «Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита»

1.**Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить**
А) затеканием содержимого по правому боковому каналу*
Б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
В) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
Г) развивающимся разлитым перитонитом
Д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
2. Послеоперационная летальность при остром аппендиците составляет:
А) 0 процентов
Б) 0,2-0,3 процента*
В) 1-2 процента

Г) 2-3 процента
Д) 5-7 процентов

3. Пилефлебит это тромбоз:

А) воротной вены*
Б) аппендиакулярной вены
В) верхней полой вены
Г) нижней полой вены
Д) забрюшинных вен

4. Аппендикулярный инфильтрат это:

А) инфильтрат всех слоев стенки отростка
Б) инфильтрация брюшины
В) забрюшинная флегмона в стадии инфильтрата
Г) конгломерат органов брюшной полости, образовавшийся вокруг червеобразного Отростка*
Д) инфильтрация большого сальника

5. Перемещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область называется симптомом:

А) Кохера-Волковича*
Б) Бартомье
В) Воскресенского
Г) Щеткина-Блюмберга
Д) Образцова

6. Боли при катаральном аппендиците характеризуются:

А) внезапностью
Б) средней интенсивностью
В) схваткообразным усилением
Г) отсутствием иррадиации
Д) всем перечисленным*

7. При развитии гангренозного аппендицита характерно:

А) усиление болей
Б) стихание болей*
В) появление диареи
Г) появление примеси крови в каловых массах
Д) все перечисленное верно

8. При прободении червеобразного отростка боли:

А) стихают
Б) резко усиливаются
В) остаются неизменными
Г) сочетаются с перитонеальными симптомами*
Д) резко усиливаются и сочетаются с перитонеальными симптомами

9. Задержка стула при остром аппендиците объясняется:

А) обтурацией толстой кишки каловыми камнями
Б) формированием аппендикулярного инфильтрата
В) парезом кишечника*
Г) ничем из перечисленного
Д) всем перечисленным

10.Понос с тенезмами при остром аппендиците может быть симптомом:

А) подпеченочного расположения аппендикса
Б) левостороннего расположения аппендикса
В) тазового расположения червеобразного отростка*
Г) ретроцекального расположения аппендикса
Д) не может быть симптомом аппендицита

11. Болезненная перкуссия над очагом воспаления называется симптомом:

А) Ситковского

Б) Ровзинга
В) Образцова
Г) Раздольского*
Д) Воскресенского

12. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном сдавлении сигмовидной кишки назвается симптомом:

А) Ровзинга*
Б) Образцова
В) Ситковского
Г) Раздольского
Д) Воскресенского

13. Усиление болей в положении больного на левом боку называется симптомом:

А) Ситковского*
Б) Ровзинга
В) Образцова
Г) Раздольского
Д) Воскресенского

14. Для острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка характерно:

А) невыраженность симптомов
Б) боли в поясничной области
В) иррадиация болей в бедро
Г) симптом Образцова
Д) все перечисленное верно*

15. Для острого аппендицита у детей характерно:

А) раннее развитие деструктивных изменений
Б) частое развитие перитонита
В) многократная рвота
Г) высокая температура тела
Д) все перечисленное верно*

16. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста характерно:

А) умеренные боли
Б) атипичное течение
В) отсутствие гипертермии
Г) отсутствие напряжение мышц брюшной стенки
Д) все перечисленное верно*

17. К осложнениям острого аппендицита относят все кроме:

А) аппендикулярного инфильтрата
Б) панкреатита*
В) абсцесса брюшной полости
Г) пилефлебита
Д) перитонита

18. Аппендикулярный инфильтрат может нагноиться или регрессировать При нагноении инфильтрата формируется:

А) разлитой перитонит
Б) пилефлебит
В) сепсис
Г) аппендикулярный абсцесс*
Д) абсцесс пространства Дугласа

19. Разлитой перитонит при остром аппендиците развивается в результате:

А) агрессивности микрофлоры
Б) недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости
В) снижение активности иммунной системы организма
Г) а и б

Д) агрессивности микрофлоры, недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости, снижения активности иммунной системы организма*

20. К недостаткам лапароскопической аппендэктомии относится:

А) удлинение срока операции

Б) большие экономические затраты

В) сложность используемого инструментария

Г) а, б

Д) удлинение срока операции, большие экономические затраты, сложность используемого инструментария*

Тема: «Грыжи живота. Осложнения грыж живота»

1. Рихтеровское ущемление это:

А. Ущемление кишки в области дуоденально-тощекишечного мешка

Б. Части стенки полого органа*

В. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки

Г. Ущемление дивертикула Меккеля

Д. Ущемление желудка в дифрагмальной грыже

2.При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо

а) вначале рассечь ущемляющее кольцо

б) вначале рассечь грыжевой мешок*

в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот

г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

д) сделать лапаротомию

3. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме

а) острого начала

б) невправимости грыжи

в) болезненности грыжевого выпячивания

г) резкой боли

д) высокой температуры*

4. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

а) гигантский размер грыжи

б) беременность во второй ее половине

в) флегмона грыжевого мешка

г) недавно перенесенный инфаркт миокарда

д) ни один из перечисленных*

5. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает

а) вправление грыжи*

б) назначение анальгетиков и спазмолитиков

в) назначение наркотиков

г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией

д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

6. Невправимость грыжи зависит

а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями

б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем*

в) от сужения грыжевых ворот

г) от выхождения в нее мочевого пузыря

д) от выхождения в нее слепой кишки

7. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию

а) Бассини и Постемского*

б) Мартынова

в) Гирара - Спасокукоцкого

г) Руджи - Парлавеччио
д) Ру

8.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

9.При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести

а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
б) выполнение срочной операции*
в) наблюдение
г) консервативное лечение
д) вправление грыжи

10.Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать

а) с липомой
б) с холодным натечником
в) с ущемленной паховой грыжей
г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
д) со всем перечисленным*

11.Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

а) затрудненного дыхания
б) рвоты
в) цианоза
г) анемии*
д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

12.Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения

а) повреждения сосудов
б) ранение нервов брюшной стенки
в) пересечение семявыводящего протока
г) ранение кишки и мочевого пузыря
д) все перечисленные*

13.При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме

а) тонкой кишки и Меккелева дивертикула
б) сигмовидной кишки и сальника
в) слепой кишки и червеобразного отростка
г) маточной трубы и яичника
д) желчного пузыря и желудка*

14.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

15.Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются

а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования

б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
в) невправимость грыжи
г) отрицательный симптом кашлевого толчка
д) все перечисленное*

16. Аутопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:

А) донорских мышечно-апоневротических тканей
Б) мышечно-апоневротических тканей животного происхождения
В) собственных мышечно-апоневротических тканей*
Г) синтетических тканей
Д) металлических протезов

17. Аллопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:

А) местных мышечных тканей
Б) местных апоневротических тканей
В) местных мышечно-апоневротических тканей
Г) шовного материала
Д) трансплантатов различного инородного происхождения*

18. Ущемленная наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

А) некрозом грыжевого мешка
Б) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
В) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
Г) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
Д) увеличением грыжи в течение длительного времени

19. Невправимая наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

А) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
Б) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
некрозом грыжевого мешка
В) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
увеличением грыжи в течение длительного времени
Г) отсутствием смещения содержимого грыжи в результате скоплением и нарушением пассажа кишечного содержимого в грыже
Д) отсутствие смещения содержимого грыжи из одной ее камеры в другую

20. По механизму развития выделяют ущемление:

А) острое и хроническое
Б) гипертрофическое и атрофическое
В)эластическое, каловое и смешанное*
Г) воспалительное и опухолевое
Д) раннее и позднее

Тема: «Острая кишечная непроходимость»

1. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при

А) сдавлении кишки опухолями соседних органов*
Б) стойком парезе кишечника
В) завороте кишечной петли вокруг своей оси
Г) ущемлении кишечных петель
Д) образовании узла между петлями кишок

2. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

А) стойком парезе кишечника
Б) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
В) завороте кишечной петли вокруг своей оси*
Г) рубцовом сужением просвета кишки
Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

3. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

А) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
Б) ущемлении кишки спайками*
В) рубцовом сужением просвета кишки
Г) стойком парезе кишечника
Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

4. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при закупорке просвета кишки желчным конкрементом, следует расценить как
А) спастическую
Б) паралитическую
В) обтурационную*
Г) странгуляционную
Д) динамической

5. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате ущемления кишечной петли с брыжейкой спайками, следует расценить как
А) спастическую
Б) паралитическую
В) обтурационную
Г) странгуляционную*
Д) динамической

6. Развитию спастической динамической кишечной непроходимости способствует
А) наличие наружных брюшных грыж
Б) рубцовое сужение просвета кишки
В) инородное тело кишечника
Г) отравление свинцом*
Д) операционная травма

7. При развитии острой механической кишечной непроходимости и выраженной дегидратации следует
А) увеличить пероральное поступление жидкости
Б) оставить обычный рацион перорального принятия жидкости
В) исключить пероральный прием жидкости*
Г) вводить перорально только солевые растворы
Д) вводить перорально только белковые растворы

8. Патофизиологические изменения в организме быстрее возникают при развитии острой кишечной непроходимости на уровне
А) тощей кишки*
Б) слепой кишки
В) поперечно-ободочной кишки
Г) сигмовидной кишки
Д) прямой кишки

9. Боли при ранней стадии обтурационной непроходимости кишечника
А) постоянные, тупые
Б) постоянные, острые
В) опоясывающие
Г) схваткообразные*
Д) иррадиируют в нижние конечности

10. Боли при ранней стадии странгуляционной непроходимости кишечника
А) постоянные, тупые
Б) постоянные, острые, усиливающиеся в период перистальтики*
В) опоясывающие
Г) иррадиируют в нижние конечности
Д) мигрируют из эпигастрия в правую подвздошную область

11. Для паралитической непроходимости кишечника характерно
А) сильные постоянные боли в животе
Б) отсутствие перистальтики и стула*

В) видимая на глаз перистальтика
Г) неравномерное вздутие живота
Д) все перечисленное верно

12. Боли в животе могут быть при

А) спастической непроходимости кишечника
Б) обтурационной непроходимости кишечника
В) странгуляционной непроходимости кишечника
Г) при всех перечисленных формах*
Д) болевой синдром для перечисленных форм кишечной непроходимости не характерен

13. какой из симптомов обтурационной острой кишечной непроходимости следует считать наиболее ранним

А) схваткообразные боли
Б) рвоту
В) задержку стула и газов
Г) вздутие живота
Д) все перечисленные симптомы обычно появляются одновременно*

14. О скоплении в петлях кишечника жидкости и газа при кишечной непроходимости свидетельствует

А) тимпанит при перкуссии в отлогих местах живота
Б) симптом "гробовой тишины"
В) шум плеска*
Г) баллонообразное расширение ампулы прямой кишки
Д) усиленная перистальтика

15. Какое из представленных исследований следует произвести в первую очередь пациенту при подозрении на острую кишечную непроходимость?

А) обзорную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости*
Б) рентгенологический контроль за пассажем бариевой взвеси по кишечнику
В) ирригоскопию
Г) эзофагогастроскопию
Д) лапароскопию

16. К рентгенологическим признакам непроходимости кишечника относят

А) свободный газ в брюшной полости
Б) затемнение нижних отделов брюшной полости
В) скопления газа над горизонтальными уровнями жидкости в петлях кишки*
Г) очаговые тени в центре брюшной полости
Д) все перечисленное верно

17. Уточнить уровень обструкции при тонкокишечной непроходимости возможно при

А) обзорной рентгеноскопии брюшной полости
Б) обзорной рентгенографии брюшной полости*
В) интестиноскопии
Г) колоноскопии
Д) всех вышеперечисленных методов

18. Дифференцировать механическую кишечную непроходимость от острого аппендицита позволяет

А) общий анализ крови
Б) биохимический анализ крови
В) обзорная рентгенография органов брюшной полости*
Г) ангиография
Д) все перечисленные методы

19. Консервативное лечение непроходимости кишечника показано при

А) динамической непроходимости*
Б) завороте кишечника
В) ущемлении кишечника
Г) при всех вышеперечисленных видах непроходимости

Д) ни при одном из вышеперечисленных видов непроходимости

20. При механической непроходимости кишечника не используются

А) препараты, усиливающие перистальтику кишечника*

Б) дезинтоксикационная терапия

В) опорожнение кишечника

Г) инфузионная корригирующая терапия

Д) ни одно из перечисленных мероприятий

Тема «Острый панкреатит. Панкреонекроз»

1.При отечной форме острого панкреатита при лапароскопии можно обнаружить все следующие косвенные признаки, кроме

а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки

б) выбухания стенки желудка кпереди

в) уменьшения в размерах желчного пузыря*

г) умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

д) обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве

2. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме

а) установить патобиохимический вид панкреонекроза

б) диагностировать панкреатогенный перитонит

в) уточнить форму острого панкреатита

г) выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани*

д) определить характер изменения желчного пузыря

3. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением

а) геморрагической имбибиции большого сальника

б) наличия темного выпота с геморрагическим оттенком

в) выбухания желудка и расширения его вен

г) возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты*

д) иногда появления забрюшинной гематомы

4. 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*

5. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

а) травма живота

б) применение кортикостероидов

в) алкоголизм*

г) хронический холецистит

д) цирроз печени

6. Для отечной формы острого панкреатита характерно

А) значительное повышение температуры тела

Б) сильные боли в животе*

В) частый жидкий стул

Г) пожелтение кожи и склер

Д) недержание мочи

7. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит

А) микробной агрессии

Б) плазмоцитарной инфильтрации
В) микроциркуляторным нарушениям
Г) аутоферментной агрессии*
Д) нарушению венозного оттока

8. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома

А) Воскресенского
Б) Мейо – Робсона*
В) Грюнвальда
Г) Мондора
Д) Грея - Тернера

9. Жировой панкреонекроз формируется в результате

А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов*
В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза

10. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате

А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов
В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов*
Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза

11. Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома

А) Мейо - Робсона
Б) Керте*
В) Грея - Тернера
Г) Мондора
Д) Воскресенского

12. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет

А) диагностировать острый панкреатит
Б) уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе
В) уточнить распространенность панкреонекроза
Г) определить форму острого панкреатита
Д) оценить состояние большого дуоденального сосочка*

13. К развитию острого панкреатита могут привести

А) тупая травма живота
Б) операционная травма поджелудочной железы
В) ущемленный камень большого дуоденального сосочка
Г) стриктура большого дуоденального сосочка
Д) все вышеперечисленные причины*

14. К развитию панкреатической гипертензии может привести

А) камни желчного пузыря
Б) камень общего печеночного протока
В) камень пузырного протока
Г) ущемленный камень большого дуоденального сосочка*
Д) все вышеперечисленные причины

15. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена

А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы*
Б) дуоденостазом
В) холецистолитиазом
Г) камнем пузырного протока желчного пузыря
Д) все вышеперечисленное верно

16. Желтуха при острым панкреатите может быть обусловлена
А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы
Б) панкреатогенным гепатитом
В) ущемленным камнем большого дуоденального сосочка*
Г) опухолью большого дуоденального сосочка
Д) все вышеперечисленное верно
17. Форму острого панкреатита можно установить при
А) гастродуоденоскопии
Б) обзорной рентгенографии органов брюшной полости
В) лапароскопии*
Г) ирригоскопии
Д) все перечисленное верно
18. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует
А) голод
Б) гипотермия железы
В) снижение кислотности желудочного содержимого
Г) назначение цитостатиков
Д) все перечисленное верно*
19. Срочное оперативное лечение при остром панкреатите показано
А) при абсцессе сальниковой сумки
Б) при гнойном перитоните
В) при развитии забрюшинной флегмоны
Г) при неэффективности консервативной терапии
Д) все перечисленное верно*
20. При хирургическом лечении острого панкреатита применяют
А) дренирование сальниковой сумки
Б) абдоминизацию поджелудочной железы
В) оментопанкреатопексию
Г) некрсеквестрэктомию
Д) все перечисленное верно*

Тема: «Острый перитонит. Абдоминальный сепсис»

1. Для декомпенсированной стадии перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно
А) токсическое поражение ЦНС
Б) развитие функциональной кишечной непроходимости
В) развитие печеночно-почечной недостаточности
Г) иммунодефицит
Д) верно все*
2. При местном перитоните поражена брюшина:
А) В одной анатомической области живота*
Б) От двух до пяти областей брюшной полости
В) Одного этажа брюшной полости
Г) Одного отдела брюшной полости
Д) Только париетальная брюшина
3. При распространенном перитоните поражена брюшина:
А) Одной области
Б) Двух этажей брюшной полости
В) Всей брюшной полости
Г) Все ответы правильные
Д) Нет правильных ответов*
4. В зависимости от характера выпота наиболее тяжело протекает:
А) Гнойный перитонит

Б) Гнилостный перитонит*
В) Серозный перитонит
Г) Серозно-гнойный перитонит
Д) Серозно-геморрагический перитонит

5. Хроническое течение типично для:
А) Гнилостного перитонита
Б) Желчного перитонита
В) Туберкулезного перитонита*
Г) Калового перитонита
Д) Ферментативного перитонита

6. По клиническому течению различают:
А) Острый, подострый и хронический перитонит
Б) Острый, рецидивирующий и бессимптомный перитонит
В) Острый, волнообразный и подострый перитонит
Г) Подострый и хронический перитонит
Д) Только острый перитонит*

7. К первичному перитониту относят:
А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
В) Перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины*
Г) Перитонит при кишечной непроходимости
Д) Гонококковый пельвиоперитонит

8. К вторичному перитониту относят:
А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
В) Ферментативный перитонит
Г) Гонококковый пельвиоперитонит
Д) Все ответы правильные*

9. Иррадиация болей в правое надплечье характерно для:
А) Перитонит вследствие перфорации язвы желудка*
Б) Перитонит вследствие кишечной непроходимости
В) Гонококковый пельвиоперитонит
Г) Местного аппендикулярного перитонита
Д) Ферментативный перитонит

10. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:
А) Вздутием петель кишок
Б) Наличием межкишечного абсцесса
В) Наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы*
Г) Высоким стоянием купола диафрагмы
Д) Дыхательной недостаточностью

11. Иррадиация болей в левое надплечье часто наблюдается при:
А) Ферментативном перитоните
Б) Мочевом перитоните
В) Каловом перитоните
Г) Гнилостном перитоните
Д) Разрыве селезенки*

12. Синдром системной реакции на воспаление при перитоните включает следующие признаки, кроме
А) повышения креатинина (более 170 мкмоль\л) и мочевины крови (более 20 ммоль\л)*
Б) повышения или снижения температуры тела (выше 38 °С или ниже 36 °С в случаях анергии)
В) тахикардии (более 90 в 1 мин)
Г) тахипноэ (увеличение частоты дыхания свыше 20 в 1 мин)

Д) лейкоцитоза (свыше 12 000 в 1 мм3) или снижения количества лейкоцитов (ниже 4000 в 1 мм3), палочкоядерный сдвиг более чем на 10 %.

13. Для декомпенсированной стадии перитонита характерно:

А) Снижение болевого синдрома*

Б) Усиление болей

В) Брадикардия

Г) Учащенный стул и мочеиспускание

Д) Гиперперистальтика

14. Симптом «ваньки-встаньки» характерен для:

А) Перитонита аппендикулярного происхождения

Б) Ферментативного перитонита

В) Разрыва селезенки*

Г) Все ответы правильные

Д) Нет правильного ответа

15. Местный неограниченный перитонит обычно сопровождает:

А) Перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Б) Острую кишечную непроходимость

В) Поддиафрагмальные абсцессы

Г) Деструктивные формы аппендицита*

Д) Туберкулез брюшины

16. Лейкопения характерна для:

А) Пельвиперитонита

Б) Распространенного гнойного перитонита

В) Местного неотграниченного перитонита

Г) Канкрозного перитонита*

Д) Ферментативного перитонита

17. Для перитонита у детей характерно:

А) Преобладание общих симптомов над местными*

Б) Выраженная локальная болезненность

В) Гипотермия

Г) Отсутствие выраженных изменений в клиническом анализе крови

Д) Подострое течение

18. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:

А) Преобладание местных симптомов над общими

Б) Нормо- и брадикардия

В) Резкая гипертермия

Г) Бурное быстропрогрессирующее течение*

Д) Все ответы правильные

19. Консервативное лечение без операции допустимо для:

А) Перитонита вследствие перфорации полого органа

Б) Флегмонозного аппендицита

В) Гонококкового пельвиоперитонита*

Г) Абсцесса Дугласова пространства

Д) Всех вышеперечисленных заболеваний

20. При тазовом отграниченном перитоните используются операционные доступы:

А) Нижнесрединная лапаротомия

Б) Доступ через прямую кишку*

В) Верхне-срединная лапаротомия

Г) Доступ по Фанненштилю

Д) Федорову

Тема: «Осложнения язвенной болезниь желудка и двенадцатиперстной кишки»

1. 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
Д) кроме конвергенции складок желудка
2. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
а) сроком с момента прободения
б) степенью воспалительных изменений брюшины*
в) величиной перфоративного отверстия
г) локализацией перфоративного отверстия
д) возрастом больного
3. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
а) анализ кала на скрытую кровь
б) контрастную рентгеноскопию желудка
в) анализ желудочного сока на скрытую кровь
г) фиброгастроскопию*
д) определение гемоглобина и гематокрита
4. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место
а) мелена
б) симптом мышечной защиты
в) рвота застойным желудочным содержимым
г) брадикардия
д) коллапс*
5. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
а) малой кривизны желудка
б) кардиального отдела желудка
в) антрального отдела желудка
г) нижнего отдела пищевода
д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки*
6. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
а) иссечения язвы
б) ушивания язвы
в) резекции желудка
г) пилоропластики с ваготомией
д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле*
7. При перфоративной язве желудка необходимо провести
а) экстренную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции*
б) зондирование желудка и аспирацию содержимого. интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию
в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
8. Регулятором желудочной секреции, доступным хирургическому воздействию, является
А) секретинпродуцирующие (S-) клетки двенадцатиперстной кишки
Б) джи-клетки антрального отдела желудка*
В) рецепторы гистамина париетальных клеток

Г) мейсиерово сплетение
Д) ауэрбахово сплетение

9. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

а) рвота
б) желудочное кровотечение
в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости*
г) частый жидкий стул
д) икота

10. 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

11. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить

а) затеканием содержимого по правому боковому каналу*
б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
г) развивающимся разлитым перитонитом
д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

12. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

а) остановившееся желудочное кровотечение
б) перфоративная язва*
в) пенетрирующая язва
г) стеноз выходного отдела желудка
д) малигнизированная язва

13. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является

а) двенадцатиперстная кишка*
б) пилорический отдел желудка
в) малая кривизна желудка
г) большая кривизна желудка
д) кардиальный отдел желудка

14. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

а) в абдоминальном отделе пищевода*
б) в кардиальном отделе желудке
в) в антральном отделе желудка
г) в пилорическом отделе желудка
д) в теле желудка

15. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается

а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков*

16. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

а) тахикардия

б) схваткообразная боль
в) локализованная, умеренная боль
г) внезапно возникшая интенсивная боль*
д) жидкий стул

17. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют,кроме

а) малый диаметр прободного отверстия
б) незначительное наполнение желудка
в) топографическая близость соседних органов
г) большой диаметр прободного отверстия*
д) хорошо развитый большой сальник

18. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

а) резекция желудка
б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
в) ушивание прободной язвы*
г) ушивание и гастроэнтероанастомоз
д) резекция желудка на выключение

19. Для эрозий гастродуоденальной зоны характерно

А) отсутствие осложнений в их течении
Б) наличие конвергенции складок слизистой вокруг дефекта
В) обязательное повреждение мышечного слоя стенки
Г) поверхностная в пределах слизистой локализация*
Д) четкие клинические проявления

20. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуются

А) плотными краями
Б) частыми сезонными обострениями
В) округлой или овальной формой дефекта*
Г) способностью пенетрировать в окружающие органы и ткани

Тема: "Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холециститы. Холедохолитиаз"

1. Острый холецистит обычно начинается с:

а) повышения температуры
б) появления рвоты
в) болей в правом подреберье*
г) расстройства стула
д) тяжести в эпигастральной области

2. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:

а) внезапно, остро*
б) после продромального периода
в) исподволь, постепенно
г) после длительного голодания
д) после переохлаждения

3. Нормальные показатели билирубина крови:

а) 0,10-0,68 мкмоль/л
б) 8,55-20,52 мкмоль/л*
в) 2,50-8,33 мкмоль/л
г) 3,64-6,76 мкмоль/л
д) 7,62-12,88 мкмоль/л

4. Основным методом исследования больных с неосложненным холециститом является:

а) инфузионная холеграфия
б) ЭРПХГ
в) УЗИ желчного пузыря*
г) лапароскопия
д) гастродуоденоскопия

5. Ширина холедоха в норме равна:
а) до 0,5 см
б) 0,6-1,0 см*
в) 1,1-1,5 см
г) 1,6-2,0 см
д) свыше 2,0 см

6. Индекс литогенности желчи определяется соотношением:
а) холестерина, билирубина и лецитина
б) билирубина, желчных кислот и лецитина
в) холестерина, желчных кислот и билирубина
г) холестерина, желчных кислот и лецитина*
д) билирубина и лецитина

7. Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:
а) холецистостомию
б) холецистэктомию от шейки
в) холецистэктомию от дна
г) лапароскопическую холецистостомию*
д) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому

8. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:
а) по Робсону - Вишневскому
б) по Холстеду – Пиковскому*
в) по Спасокукоцкому
г) по Керу
д) сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

9. Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем, кроме:
а) наличия мелких камней в холедохе
б) подозрения на рак большого дуоденального соска
в) расширения холедоха
г) механической желтухи в анамнезе
д) отключенного желчного пузыря*

10. Истинный постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен только:
а) рубцовым стенозом холедоха
б) не найденным во время операции камнем холедоха*
в) стенозом большого дуоденального соска
г) дуоденостазом
д) снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холицистэктомии

11. К осложнениям острого калькулезного холецистита не относят:
а) варикозное расширение вен пищевода*
б) механическую желтуху
в) холангит
г) подпеченочный абсцесс
д) перитонит

12. Симптом курвуазье не характерен для:
а) острого калькулезного холецистита*
б) рака головки поджелудочной железы
в) индуративного панкреатита
г) опухоли большого дуоденального соска
д) опухоли холедоха

13. Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, не характерно:
а) симптом Курвуазье*
б) повышение прямого билирубина крови
в) повышение щелочной фосфатазы
г) резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
д) отсутствие стеркобилина в кале
14. Для уточнения характера желтухи и ее причины возникновения не используется:
а) компьютерная томография
б) внутривенная холецистохолангиография
в) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
г) ЭРХПГ
д) УЗИ*
15. Для клиники острого обтурационного холангита не характерно:
а) желтуха
б) повышение температуры
в) уменьшение размеров печени*
г) лейкоцитоз со сдвигом влево
д) увеличение печени
16. Для колики вызванной холелитиазом не характерно
а)боль в правом боку
б)тошнота
в) симптом щеткина-блюмберга в правом боку*
г)с-м Ортнера
д) с-м Мерфи
17. Для клиники острого холангита не характерно:
а) высокая температура
б) боли в правом подреберье
в) желтуха
г) лейкоцитоз
д) неустойчивый жидкий стул*
18. Перемежающаяся желтуха вызывается:
а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха
б) опухолью холедоха
в) камнем пузырного протока
г) вентильным камнем холедоха*
д) стриктурой холедоха
19. В случае желчнокаменной болезни экстренная операция показана при:
а) окклюзии пузырного протока
б) холецистопанкреатите
в) перфоративном холецистите*
г) механической желтухе
д) печеночной колике
20. Осложнением холедохолитиаза является:
а) водянка желчного пузыря
б) эмпиема желчного пузыря
в) желтуха, холангит*
г) хронический активный гепатит
д) перфоративный холецистит, перитонит

Тема: «ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»

1. Малый гемоторакс – это наличие крови в плевральной полости:
1. До уровня 7-8 ребра *
2. До уровня 5-6 ребра

3. До уровня 2-3 ребра

2. Средний гемоторакс – это наличие крови в плевральной полости:

1. До уровня 1-2 ребра
2. До уровня 5-6 ребра *
3. До уровня 7-8 ребра

3. Большой гемоторакс – это наличие крови в плевральной полости:

1. До уровня 1-2 ребра *
2. До уровня 4-5 ребра
3. До уровня 6-7 ребра

4. Больной, 17 лет поступил в клинику с жалобами на внезапную резкую боль в левой половине грудной клетки, отдышку. Ваш предположительный диагноз:

1. Спонтанный пневмоторакс*
2. Внутреннее кровотечение
3. Инфаркт миокарда

5. Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса является:

1. Буллезная болезнь легкого*
2. Разрыв кисты
3. Пневмония

6. При спонтанном пневмотораксе при поступлении в клинику больного показана:

1. Пункция плевральной полости
2. Торакоцентез*
3. Торакотомия

7. Больной, 25 лет поступил в больницу с ножевым ранением грудной клетки справа. Какие признаки будут свидетельствовать о проникающем ранении:

1. Кровотечение из раны
2. Наличие подкожной эмфиземы*
3. Боли в области раны

8. При тупой травме грудной клетки наиболее часто встречаются:

1. Переломы ребер*
2. Переломы ключицы
3. Переломы лопатки
4. Перелом грудины

9. Больной, 56 лет, поступил в клинику через 7 дней после тупой травмы грудной клетки с жалобами на боли в грудной клетке, высокую температуру по вечерам. Какое осложнение после травмы возникло у больного:

1. Воспаление легкого
2. Разрыв легкого
3. Перитонит
4. Свернувшийся гемоторакс с нагноением*

10. Первая помощь при открытом пневмотораксе направлена на:

1. Устранение боли
2. Профилактику нагноения раны
3. Превращение открытого пневмоторакса в закрытый*

11. Больной, 26 лет, поступил в больницу с ножевым ранением грудной клетки. При осмотре - состояния больного тяжелое, выраженная отдышка, тахикардия, на переднебоковой стенке справа имеется линейная рваная рана умеренно кровоточащая. Во время вдоха края раны расходятся, во время выдоха – наоборот спадаются. Какое осложнение имеет место у данного больного:

1. Клапанный пневмоторакс*
2. Внутриплевральное кровотечение
3. Ранение крупного бронха

12. При клапанном пневмотораксе первая помощь должна быть направлена на превращение:

1. В закрытый пневмоторакс

2. В открытый пневмоторакс *
3. В наложении асептической повязки

13. При свернувшемся гемотораксе показана:

1. Консервативная терапия
2. Пункция плевральной полости с промыванием
3. Оперативное лечение*

14. Больной, 66 лет, поступил в больницу через 2 недели после тупой травмы левой половины грудной клетки с отдышкой до 24-26 в минуту с болевым синдромом в левой половине грудной клетки. При аускультации в нижних отделах грудной клетки отсутствует везикулярное дыхание, перкуторно здесь тупость. Какое осложнение имеет место у больного:

1. Левосторонняя междолевая пневмония
2. Разрыв диафрагмы
3. Свернувшийся гемоторакс*

15. Больной, 65 лет, поступил в клинику с болями в левой половине грудной клетке. В анамнезе 3 недели тому назад имела место автомобильная авария. О каком заболевании надо думать:

1. Свернувшийся гемоторакс*
2. Разрыв диафрагмы
3. Пневмоторакс

16. Больной, 65 лет, поступил с переломами 5-6-7 ребер слева по среднеподмышечной и среднеключичной линиями. С выраженной отдышкой до 28-30 в минуту, признаков гемо- и пневмоторакса нет. Какое осложнение наступило у больного:

1. Левосторонняя пневмония
2. Болевой шок
3. Флотирующая грудная клетка *

17. Больной, 30 лет, поступил в клинику с ножевым ранением грудной клетки в проекции сердца. Состояние больного средней тяжести: пульс 92 уд. в минуту, АД 110/60 мм рт. ст. Какие исследования необходимо выполнить для решения вопроса о ранении сердца:

1. Пункция плевральной полости
2. ЭКГ*
3. Рентгенография грудной клетке в прямой боковой и левой боковой проекции

18. Больной, 62 лет, поступил в клинику после автомобильной катастрофы в тяжелом состоянии с сотрясением головного мозга, с тупой травмой грудной клетки без переломов ребер. При рентгенологическом исследовании грудной клетки имеется правосторонний пневмоторакс, пневмоторакс средостения. Какое осложнение наступило:

1. Разрыв легкого
2. Разрыв медиастинальной плевры*
3. Ушиб легкого
4. Разрыв крупного бронха

19. Больной, 42 лет, поступил с закрытой травмой грудной клетки с переломом 3х ребер слева. При рентгенологическом исследовании обнаружен высокий гемоторакс. При пункции из плевральной полости вытекала темная не сворачивающаяся кровь. Какова тактика:

1. Необходимо выполнить торакотомию
2. Произвести торакоцентез с дренированием гемоторакса *
3. Назначить антибактериальную терапию

20. Больной, 67 лет, поступил в больницу после падения с высоты 4-х метров. Рентгенологически – тотальный пневмоторакс справа без переломов ребер. При торакоцентезе и дренировании плевральной полости отмечается большой сброс воздуха и легкое не расправляется. Какое осложнение наступило:

1. Разрыв легкого

2. Разрыв диафрагмы
3. Разрыв крупного бронха*

Тема «ТРАВМА ЖИВОТА»

1. При закрытой травме живота наиболее легко происходит и чаще наблюдается более обширный разрыв полого органа, если последний был:
1. пустой;
2. наполненный; *
3. подвижный;
4. спавшийся;
5. атоничный.

2. Одним из наиболее информативных специальных методов диагностики при разрыве печени является:
1. ирригоскопия;
2. фиброгастродуоденоскопия;
3. обзорный рентгенснимок живота;
4. лапароскопия; *
5. пассаж бария по кишечнику.

3. Симптом «ваньки-встаньки» может выявляться при повреждении:
1. желудка;
2. печени;
3. поджелудочной железы;
4. селезенки;*
5. тонкой кишки.

4. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:
1. обзорная рентгенография брюшной полости;
2. лапароскопия;
3. контрастная цистография; *
4. ирригоскопия;
5. общий анализ мочи.

5. Ультразвуковое исследование как скрининговый метод важен для распознавания:
1. субкопсуллярных и центральных гематом паренхиматозных органов; *
2. разрыва кишечника;
3. разрыва мочевого пузыря;
4. ранения желудка;
5. ранения 12-ти перстной кишки.

6. Классическими симптомами гемобилии являются:
1. приступы болей в правом подреберье;
2. желтуха интермитирующегося характера;
3. кишечные кровотечения;
4. симптом Щеткина-Блюмберга;
5. симптом «ваньки-встаньки».

Правильным будет: а) 1, 2, 3;* б) 1, 4, 5; в) 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 3, 5.

7. Лапароскопия не показана для уточнения диагноза при:
1. перитоните;
2. внутрибрюшном кровотечении;
3. травме поджелудочной железы;
4. разрыве диафрагмы;*
5. забрюшинной гематомы.

8. К лечению субкапсулярных и центральных гематом печени относятся:
1. динамическое наблюдение;
2. чрескожная пункция под контролем УЗИ;
3. рентгеноэндоваскулярный гемостаз;

4. резекция участка поражения;
5. вскрытие гематомы.
Правильным будет: а) 1, 2, 3*; б) 1, 4, 5; в) 2, 4, 5; г) 5; д) 4, 5.

9. Симптом «ваньки-встаньки» характерен для:
1. внутрибрюшного кровотечения;*
2. разрыва полого органа;
3. перитонита;
4. забрюшинной гематомы;
5. травма поджелудочной железы.
10. Для гемостаза при травме печени не применяется
1. гемостатическая губка;
2. ушивание раны;
3. перевязка печеночной артерии и ее ветвей;
4. резекция печени;
5. транспеченочное дренирование.*
11. Специфичными для травмы печени осложнениями не являются:
1. посттравматический гепатит;
2. абсцессы печени;
3. поддиафрагмальный абсцесс;
4. синдром Маллори-Вейса;*
5. острая печеночная почечная недостаточность.
12. Для уточнения локализации внутрипеченочной гематомы не используется:
1. гепатосцинтиграфия;
2. обзорная реография брюшной полости;*
3. КТ;
4. УЗИ;
5. целиакогепатография.
13. При травме тонкого кишечника трансназальная, интестенальная интубация является методом обеспечивающим:
1. профилактику кровотечения;
2. профилактику несостоятельности швов анастомоза;
3. профилактику несостоятельности швов ушитой раны;
4. способствует восстановлению перистальтики;
5. производит дренирование желудка.
Правильным будет: а) 1, 2, 3; б) 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 3, 4.*
14. Диагностика повреждения желудка включает:
1. болезненность при пальпации живота;
2. положительный синдром Щеткина-Блюмберга;
3. отсутствие напряжение брюшной стенки;
4. отсутствие печеночной тупости;
5. ослабление перистальтики.
Правильным будет: а) 2, 3, 4; б) 1, 2, 4, 5*; в) 1, 3, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 2, 3, 4, 5.
15. Для разрыва забрюшинного отдела 12-ти перстной кишки характерна клиническая картина:
1. припухлость и крепитация в поясничной области;
2. прободного перитонита;
3. положительный синдром Пастернацкого;
4. боли в правом подреберий в поясничной области;
5. крепитация при пальпации через прямую кишку.
Правильным будет: а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4, 5*; в) 1, 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.
16. К симптоматике внутрибрюшного кровотечения относятся:
1. вздутый живот, ограничено участвует в акции дыхания;
2. напряженный живот ладьевидной формы;

3. пальпаторно живот мягкий, болезненный (симптом Куленкампфа);
4. симптомы раздражения брюшины сомнительны;
5. симптом «ваньки-встаньки».
Правильным будет: а) 1, 2, 4; б) 2, 5; в) 1, 3, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5;* д) 2, 4, 5.

16. Интраоперационная диагностика разрыва забрюшинного отдела 12-ти перстной кишки заключается в пропитывании забрюшинной клетчатки:
1. кровью (красный цвет);
2. желчью (желтый цвет);
3. пищевыми массами;
4. пузырьками воздуха;
5. панкреатическим соком.
Правильным будет: а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4*; в) 3, 4, 5; г) 1, 3, 5; д) 1, 2, 4.

Критерии оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.3.Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.38 Хирургические болезни

Ситуационная задача №_1__

	Код	Текст ситуационной задачи
С	31.05.01	Лечебное дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз — 10.2×10/9/л.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
В	2	**Какое заболевание следует исключить?**
В	3	**Показана ли экстренная операция?**
В	4	**Ваша лечебная тактика и обследования?**

Оценочный лист
к ситуационной задаче №_1__

Вид	Код	Текст ситуационной задачи
С	31.05.01	Лечебное дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз — 10.2×10/9/л.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
Э		1.Аппендикулярный инфильтрат. 2. Аппендикулярный абсцесс 3.Опухоль слепой кишки, ободочной кишки, червеобразного отростка.
Р2	отлично	Формулирует предварительный диагноз правильно и полностью.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не указывает на опухолевое образование; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	**Какое заболевание следует исключить?**
Э	-	Опухоль слепой кишки, ободочной кишки, червеобразного отростка.
Р2	отлично	Формулирует заболевание правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не дифференцирует локализацию опухолевого образования; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	3	**Показана ли экстренная операция?**
Э		Не показана, при аппендикулярном абсцессе в отсроченном порядке, при опухолях в плановом порядке
Р2	отлично	Формулирует показания правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует показания правильно, не дифференцирует в зависимости от нозологии; для оценки «удовлетворительно»: формулирует показания не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ

В	4	**Ваша лечебная тактика и обследования?**
Э		1.Консервативное лечение при аппендикулярном инфильтрате, оперативное лечение при аппендикулярном абсцессе и опухолях. 2. УЗИ, КТ, МРТ с контрастированием, колоноскопия.
Р2	отлично	Формулирует тактику лечения и необходимые обследования правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует тактику и обследования правильно, не дифференцирует по нозологиям; для оценки «удовлетворительно»: формулирует тактику не полностью, указывает на одно возможное заболевание, не дифференцирует обследования по нозологиям
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача №_2_

_

	Код	**Текст ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Б. 44 лет, поступила в приемный покой с жалобами на слабость, головокружение. Последние 3-4 дня беспокоили боли в надчревной области и изжога. Шесть часов назад внезапно появилось головокружение, слабость и черный жидкий стул. Состояние больной средней тяжести.. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд\мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. При рентгеноскопии свободного газа не определяется. Анализ крови: эритроциты – $3,0X10^{12}$\л, гемоглобин – 100 г\л, лейкоциты - $8X10^{9}$\л, СОЭ - 40 мм\ч.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
В	2	**Перечислите заболевания для дифференциального диагноза**
В	3	**Дополнительные методы обследования**
В	4	**Ваша лечебная тактика?**

Оценочный лист
к ситуационной задаче №_2__

Вид	**Код**	**Текст ситуационной задачи**
С	31.05.01	Лечебное дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У		Больная Б. 44 лет, поступила в приемный покой с жалобами на слабость, головокружение. Последние 3-4 дня беспокоили боли в надчревной области и изжога. Шесть часов назад внезапно появилось головокружение, слабость и черный жидкий стул. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд\мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. При рентгеноскопии свободного газа не определяется. Анализ крови: эритроциты – $3,0X10^{12}$\л, гемоглобин – 100 г\л, лейкоциты - $8X10^{9}$\л, СОЭ - 40 мм\ч.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
Э		Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта II степени (ортостатическая гипотензия)
Р2	отлично	Формулирует предварительный диагноз правильно и полностью.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, неточно определяет степень тяжести кровопотери; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, не указывает степень тяжести кровопотери;
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	**Перечислите заболевания для дифференциального диагноза**
Э	-	Язвенная болезнь желудка и\или двенадцатиперстной кишки; Опухоли верхних отделов ЖКТ; Синдром Меллори-Вейса; Геморрагический эзофагит, гастрит; Портальная гипертензия, варикозные вены пищевода и желудка
Р2	отлично	Формулирует заболевания правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагнозы правильно, но перечень не полный; для оценки «удовлетворительно»: формулирует не более двух диагнозов
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	3	**Дополнительные методы обследования**
Э		Экстренная эзофагогастродуоденоскопия для определения источника и активности кровотечения по Forest
Р2	отлично	Формулирует необходимость ЭГДС правильно и полностью приводит классификацию активности кровотечения по по Forest.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос

		Для оценки «хорошо»: формулирует необходимость ЭГДС правильно, но затрудняется в оценке активности кровотечения по Forest; для оценки «удовлетворительно»: формулирует необходимость ЭГДС, но не приводит необходимость оценки активности кровотечения по Forest;
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	4	**Ваша лечебная тактика?**
Э		1.Госпитализация больной в отделение хирургии; 2. Местная и общая гемостатическая и инфузионная терапия; 3. Эндоскопический гемостаз или профилактика повторного кровотечения; 4. При продолжающемся кровотечении и отсутствии эффекта от эндоскопических и эндоваскулярных процедур оперативное лечение
Р2	отлично	Формулирует тактику лечения правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует тактику правильно, не дифференцирует по последовательности применения методов; для оценки «удовлетворительно»: формулирует тактику не полностью, указывает на применение одного из возможных методов
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

3.4.Оценка практических навыков по дисциплине Б1.О.38 Хирургические болезни
Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка___ **Status localis у пациента с острым аппендицитом**

С	31.05.01	Лечебное дело	
ТД	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах		
	Действие	**Проведено**	**Не проведено**
	Поверхностная ориентировочная пальпация живота:		
1.	Положение больного на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпация проводится слева направо, при отсутствии жалоб на боли в животе и по направлению к очагу боли при ее наличии, с учетом топографии областей живота. Исследование проводят мягкими движениями, аккуратно производя надавливания.	1 балл	-1 балл

3.	Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку и скольжением их вместе с кожей.	2 балла	-2 балла
4.	Проверка симптома Раздольского: при перкуссии брюшной стенки возникает болезненность в правой подвздошной области.	1 балл	-1 балл
5.	Проверка симптома Ровзинга: при надавливании или толчке ладонью в левой подвздошной области возникают боли в правой подвздошной области	1 балл	-1 балл
6.	Проверка симптома Ситковского: при повороте больного на левый бок возникает болезненность в правой подвздошной области	1 балл	-1 балл
	Проверка симптома Щеткина – Блюмберга:		
7.	Пальпация в одной из топографических областей живота. Надавливание на живот пальцами кисти, и резкое отдергивание руки. Дать заключение: симптом раздражения брюшины, является положительным, если возникновение или усиление болей происходит при резком отдергивании руки, а не при надавливании	3 балла	-3 балла Неполное действие -1 балл
	Итого	10	

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения

Название практического навыка___ **Status localis у пациента с острым холециститом**

С	31.05.01	Лечебное дело	
ТД	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах		
	Действие	**Проведено**	**Не проведено**
	Поверхностная ориентировочная пальпация живота:		
1.	Положение больного на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпация проводится слева направо, при отсутствии жалоб на боли в животе и по направлению к очагу боли при ее наличии, с учетом топографии областей живота. Исследование проводят мягкими движениями, аккуратно производя надавливания.	1 балл	-1 балл
3.	Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку и скольжением их вместе с кожей.	1 балл	-1 балл
4.	Проверка симптома Георгиевского-Мюсси: «френикус-симптом»: болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.	2 балла	-1 балла
5.	Проверка симптома Мерфи: резкое усиление болезненности при надавливании в проекции желчного пузыря на глубоком вдохе или при кашле	2 балла	-2 балла
6.	Проверка симптома Ортнера-Грекова: болезненность при перкуссии по краю реберной дуги в области желчного	1 балл	-1 балл

	пузыря		
7.	Проверка симптома Пекарского: боль при надавливании на основание мечевидного отростка.	2 балла	-2 балла
	Итого	10	

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

Оценка **«*отлично*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.