Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 30.01.2026 15:05:23
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e3de679484a4c

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
Костив Е.П. /_____/
«04» апреля 2025

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Б1.О.27 Хирургические болезни

(наименование дисциплины (модуля)

Специальность	30.05.01 Медицинская биохимия
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере клинической лабораторной диагностики, направленной на создание условий для сохранения здоровья, обеспечения профилактики, диагностики и лечения заболеваний)
Форма обучения	**очная** (очная, очно-заочная)
Срок освоения ОПОП	**6 лет** (нормативный срок обучения)
Институт/кафедра	**Институт хирургии**

Владивосток – 2025

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.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования 30.05.01 Медицинская биохимия, направленности 02 Здравоохранение (в сфере клинической лабораторной диагностики, направленной на создание условий для сохранения здоровья, обеспечения профилактики, диагностики и лечения заболеваний) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/aix/OOP_30.05.01_Medicinskaya_bioximiya_2025.pdf

Индикаторы достижения установленных общепрофессиональных компетенций

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-11- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-12- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций ИДК.УК-13- разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности	ИДК.ОПК-11- применяет фундаментальные и прикладные медицинские, естественно-научные знания при решении профессиональных задач ИДК.ОПК-12- формирует вопросы для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности ИДК.ОПК-13- определяет приоритетные направления использования и применения

		фундаментальных и прикладных медицинских, естественнонаучных знаний
	ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генноинженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи	ИДК.ОПК-31- владеет алгоритмом применения и оценки результатов использования специализированного медицинского оборудования, при решении профессиональных задач ИДК.ОПК-32- оценивает возможности применения лекарственных средств, клеточных продуктов, имеет представление об их эффективности ИДК.ОПК-33- определяет показания и возможности использования генно-инженерных технологий, предусмотренных 14 порядками оказания медицинской помощи
Этические и правовые основы профессиональной деятельности	ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками/законными представителями), коллегами	ИДК.ОПК-81- использует этические нормы и деонтологические принципы при решении задач профессиональной деятельности ИДК.ОПК-82- имеет представление о моральных и правовых нормах в профессиональной и социальной сферах ИДК.ОПК-83- использует моральные и правовые нормы при решении задач профессиональной деятельности в работе с пациентами (их родственниками/законными представителями), коллегами
А/06.7 Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме	ПК-1. Готовность выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме и оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека	ИДК.ПК-11- владеет методиками сбора жалоб и анамнеза у пациентов ИДК.ПК-12- знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания ИДК.ПК-13- владеет методикой выполнения мероприятий базовой сердечнолегочной реанимации, применяет

	(кровообращения и (или) дыхания)	навыки оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти
А/01.7 Выполнение клинических лабораторных исследований	ПК-2.Готовность к проведению и оценке результатов лабораторных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	ИДК.ПК-21- знает методологию клинических лабораторных исследований ИДК.ПК-22- демонстрирует умение выполнять клинические лабораторные исследования и оценивать их результаты ИДК.ПК-23- обладает знаниями правил оформления медицинской документации по результатам клинических лабораторных исследований

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды аттестации**	**Оценочные средства***
		Форма
1	**Текущая аттестация****	**Тесты**
		Вопросы для собеседования
2	**Промежуточная аттестация****	**Тесты**
		Вопросы для собеседования

***Из набора видов оценочных средств оставить нужное**

****При идентичности оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации возможно оформление одним Приложением или одной ссылкой**

3. Содержание оценочных средств для текущей и промежуточной аттестации осуществляется преподавателем дисциплины

Контрольные вопросы к собеседованию Б1.О.27 Хирургические болезни

1. Виды гнойных заболеваний кожи: акне, остиофолликулит, фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, рожа, эризипелоид, околораневые пиодермии. Клиника, особенности течения и лечения.
2. Хирургическая обработка гнойной раны. Дополнительные физические методы обработки раны. Особенности лечения ран в различных фазах. Физиотерапевтическое лечение.
3. Стадии сепсиса. Оценка степени тяжести состояния больных сепсисом с помощью бальных систем. Принципы комплексного лечения.

4. Осложнения ран. Общие и местные признаки нагноения раны. Лечение гнойной раны в зависимости от фазы течения раневого процесса. Современные принципы хирургического лечения гнойных ран. Вторичная хирургическая обработка.
5. Травма грудной клетки. Классификация. Понятие о пневмотораксе. Виды пневмоторакса. Клиническая картина и диагностика пневмоторакса, особенности оказания первой медицинской помощи при напряженном, клапанном и открытом пневмотораксе. Принципы лечения. Особенности транспортировки больных с повреждениями груди
6. Ожоги. Классификация. Определение глубины и площади ожогов Прогноз течения. Первая помощь при ожогах.
7. Ожоговая болезнь – фазы течения. Ожоговый шок. Патогенез. Клиника. Принципы лечения.
8. Понятие о сепсисе. Виды сепсиса. Классификация. Этиология и патогенез. Представление о входных воротах, роли макро- и микроорганизмов в развитии сепсиса. Клинические проявления сепсиса. Лабораторная диагностика сепсиса.
9. Травма живота. Классификация. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика повреждений органов брюшной полости забрюшинного пространства. Задачи первой помощи. Принципы лечения.
10. Острые и хронические нарушения артериального кровотока. Основные причины нарушения артериального кровотока. Общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Степени острой ишемии и стадии хронической артериальной недостаточности. Принципы комплексного лечения.
11. Классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Виды заживления ран. Принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды. Закрытие раны.
12. Травмы от охлаждения. Виды общей и местной холодовой травмы. Классификация. Клиническая картина, первая помощь и дальнейшее лечение при отморожениях в дореактивный период. Общее и местное лечение отморожений в реактивный период в зависимости от степени поражения.
13. Виды гнойно-воспалительных заболеваний: абсцесс, флегмона. Клиника. Диагностика. Местное и общее лечение. Возможные осложнения.
14. Острый аппендицит: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация;
15. Острый аппендицит: аппендикулярный инфильтрат (определение, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение), исходы;
16. Острый аппендицит: аппендикулярный абсцесс (определение, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение);
17. Желчнокаменная болезнь: этиология, патогенез, виды желчных камней, профилактика, эпидемиология;
18. Желчнокаменная болезнь: хронический калькулёзный холецистит (клиническая картина, диагностика, способы лечение).
19. Желчнокаменная болезнь: острый холецистит (классификация, клиническая картина, способы лечения);
20. Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз (определение понятия, клиническая картина, диагностика, лечение);
21. Острый панкреатит: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, профилактики острого панкреатита;
22. Острый панкреатит: способы лечения, показания к хирургическому лечению;
23. Острый панкреатит: классификация, клиническая картина в зависимости от формы и фазы, диагностика, дифференциальная диагностика;
24. Острый панкреатит, ранние осложнения: классификация, способы предупреждения и лечения;

25. Острая кишечная непроходимость: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация;
26. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость: этиология, клиническая картина, принципы хирургического лечения;
27. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Клиническая картина. Лечение.
28. Методы обследования больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.
29. Тромбофлебиты нижних конечностей. Классификация. Этиология и патогенез.
30. Эмболия легочной артерии. Этиология. Клинические формы. Диагностика, лечение.
31. Тиреотоксический криз. Этиопатогенез. Клиника, лечение.
32. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
33. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Клиника, диагностика, лечение. Первая помощь. Применение зонда Блекмора. Методы хирургического лечения.
34. Консервативное и хирургическое лечение острого тромбофлебита нижних конечностей.
35. Заболевания селезенки. Классификация, показания к спленэктомии.
36. Классификация заболевания щитовидной железы.
37. Консервативное и хирургическое лечение острого тромбофлебита нижних конечностей.
38. Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Принципы антикоагулянтной терапии. Показания к операции.
39. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика, лечение.
40. Понятие перитонита. Стадии. Диагностика.
41. Гастродуоденальные кровотечения. Диагностика. Основные принципы лечения.
42. Болезнь Крона. Патогенез. Диагностика. Лечение.
43. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Патогенез. Диагностика. Методы консервативного и хирургического лечения.
44. Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
45. Спорадический зоб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

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

Тестовые задания по дисциплине Б1.О.27 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

Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном сдавлении сигмовидной кишки назвется 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

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

. 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

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
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»
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*

Тема: «Язвенная болезнь 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
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*
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: «Травмы органов грудной полости.»
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 левойполовине грудной клетки. При аускультации в нижних отделах грудной клетки отсутствует везикулярное дыхание, перкуторно здесь тупость. Какое осложнение имеетместо 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

Тема «Травмы органов брюшной полости»
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.

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

4. Критерии оценивания результатов обучения

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.

Для зачета

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.