

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России)  
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

От «19» июня 2023

№ 661

г. Махачкала

О пролонгировании на 2023-2024 учебный год дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки

В соответствии с решением Ученого Совета ИДПО (протокол №3 от 21.06.2023) обязываю:

1. Пролонгировать на 2023-2024 учебный год программы дополнительного профессионального образования по повышению квалификации и профессиональной переподготовке специалистов.
2. Разместить программы на официальном сайте ДГМУ.

Директор



*[Handwritten signature]*

Р.Ш. Бутаев

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
ИНСТИТУТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ИДПО Бутаев Р.Ш.

« 27 » *мес* 20 *22* г.



ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ «ХИРУРГИЯ»

По специальности: «ХИРУРГИЯ»

Трудоемкость: 576 часов

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: диплом о профессиональной переподготовке

Махачкала, 2022

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Хирургия» обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры №6 от 06.05.2022 г.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ проф. Хамидов М.А.  
*подпись*

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Хирургия» обсуждена и одобрена на заседании Ученого Совета ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России.

Протокол заседания Ученого Совета ИДПО от «24» мая 2022 г. № 2

Директор ИДПО ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

д.э.н., профессор Бутаев Р.Ш.

\_\_\_\_\_ *подпись*

Программа рекомендована к утверждению рецензентом: Газиевым Р.М., д.м.н., доцентом, заведующим кафедрой факультетской хирургии с лабораторией инновационных клеточных технологий ДГМУ

Газиев Р.М.

*Фамилия И.О.*

\_\_\_\_\_ *подпись*

06.05.2022г

*дата*

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки «Хирургия» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой д.м.н., профессор Хамидов М.А.

**Состав рабочей группы:**

<b>№№</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Учёная степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>	<b>Место работы</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.	Магомедов Магомед Абдухаликович	д. м. н., доцент	Доцент кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии.	ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России
2.				
3.				

## Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ЕКС – Единый квалификационный справочник

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия

ПЗ - практические занятия

СР - самостоятельная работа

ОСК – обучающий симуляционный курс

ДОТ - дистанционные образовательные технологии

ЭО - электронное обучение

ПА - промежуточная аттестация

ИА - итоговая аттестация

УП - учебный план

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования

## **КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ**

### **1. Общая характеристика Программы**

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы
- 1.2. Актуальность
- 1.3. Категории обучающихся
- 1.4. Цель и задачи реализации программы
- 1.5. Требования к итоговой аттестации
- 1.6. Связь Программы с Профессиональным стандартом
- 1.7. Планируемые результаты обучения

### **2. Содержание Программы**

- 2.1. Учебный план
- 2.2. Календарный учебный график
- 2.3. Рабочие программы модулей
- 2.4. Оценка качества освоения программы
  - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации
  - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы
- 2.5. Оценочные материалы

### **3. Организационно-педагогические условия Программы**

- 3.1. Материально-технические условия
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение
- 3.3. Кадровые условия
- 3.4. Организация образовательного процесса

# 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

## 1.1 Нормативно-правовая основа разработки Программы

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76;
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Профессиональный стандарт «Врач-хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743 н, регистрационный номер 52964).
- Приказ Минздрава России от 8 октября 2015 года № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки (с изменениями и дополнениями)»;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.08.2012 №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным».
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России от 12 августа 2016 г. № 2337.

## 1.2 Актуальность

Реформирование и модернизация здравоохранения Российской Федерации, требующие внедрения новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения, развитие профессиональной компетенции и квалификации врача-хирурга определяют необходимость совершенствования подготовки и профессионального роста врачей-хирургов с целью оптимизации медицинской помощи больным хирургического профиля обеспечивающей правильную интерпретацию современных методов диагностики и лечения патологии внутренних органов с использованием современных достижений медико-биологических наук, данных доказательной медицины. Согласно ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» существенная роль в трудовой деятельности врача-хирурга отводится профилактической работе, формированию здорового образа жизни у населения.

Актуальность программы обусловлена необходимостью приобретения врачами новой квалификации, новых профессиональных компетенций, необходимых для их эффективной профессиональной деятельности врачами-хирургами.

## 1.3. Категории обучающихся

Уровень профессионального образования Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия", при наличии подготовки в ординатуре по специальности "Хирургия"

Категория слушателей:

Основная специальность: врач-хирург.

Объем обучения – 576 часов.

Срок обучения – 4 месяца.

Форма обучения – очная.

**Вид программы-** практикоориентированная.

### **Форма обучения, режим и продолжительность занятий**

<b>График обучения</b>	<b>Ауд. часов в день</b>	<b>Дней в неделю</b>	<b>Общая продолжительность программы, месяцев (час)</b>
<b>Форма обучения</b>			
Очная, с отрывом от работы	6	6	4 месяца (576 ч)

#### **1.4 Цель и задачи реализации программы**

**Цель** программы профессиональной переподготовки врачей по специальности «Хирургия» заключается в приобретении теоретических знаний и овладении практическими умениями и навыками, обеспечивающими профессиональных компетенций врача-хирурга, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности.

Цель реализации программы дополнительного профессионального образования врача хирурга - качественное изменение профессиональной компетенции необходимое для выполнения профессиональной деятельности в качестве врача - хирурга: компетенций в области хирургических болезней: диагностики заболеваний, установления причины, выбора метода и тактики лечения хирургических болезней, профилактики заболеваний, ведение учетно-отчетной медицинской документации, приобретение им теоретических знаний и практических навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача – хирурга, совершенствование и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации (в редакции п.4, ст. 76 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации») по специальности «Хирургия».

1. Расширить объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача - хирурга, способного успешно решать свои профессиональные задачи: способность клинико-инструментальной диагностики заболеваний, установление причинной связи, назначение различных методов лечения в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий.

2. Расширить и совершенствовать знания в области законодательства в области хирургии, ведении учетно-отчетной документации.

3. Приобрести умение использовать свои профессиональные знания в области хирургии.

Задачи обучения:

1. Формирование базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности Хирургия;



2. Подготовка врача-хирурга, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;
3. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов и обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов профессиональной деятельности.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области хирургии.

Уровень квалификации: 8

## **1.5 ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-хирурга в соответствии с квалификационными требованиями, профессиональными стандартами и требованиями федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по направлению «Хирургия» к результатам освоения образовательной программы. Итоговая аттестация включает в себя три части: тестовый контроль на компьютере или на бумажном носителе, определение практических навыков и заключительное собеседование.

1. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия».

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца о дополнительном профессиональном образовании - диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

### **Документ, выдаваемый после завершения обучения**

Лицам, успешно освоившим дополнительную профессиональную программу профессиональной переподготовки по специальности «Хирургия» и прошедшим итоговую аттестацию, выдается диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

## **1.6. Характеристика профессиональной деятельности выпускников:**

*-область профессиональной деятельности* включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

**-основная цель вида профессиональной деятельности:** профилактика, диагностика, лечение хирургических заболеваний, медицинская реабилитация пациента;

**-обобщенные трудовые функции:** оказание хирургической помощи пациентам при заболеваниях и травмах.

### Связь Программы с Профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт «Врач-хирург», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н

ОТФ	Профессиональный стандарт:		Уровень квалификации
	Трудовые функции		
	Код ТФ	Наименование ТФ	
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по профилю "хирургия"	А/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	8
	А/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности	8
	А/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	8
	А/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями	8
	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	8
	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	8
	А/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	8
В: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия"	В/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза	8
	В/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности	8
	В/03.8	Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	8
	В/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями	8
	В/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий	8

		по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	
	V/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	8
	V/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	8

### 1.7. Планируемые результаты обучения

**В результате освоения программы формируются компетенции, необходимые для выполнения нового вида профессиональной деятельности: осуществление медицинской деятельности в области врачебной практики в области хирургия.**

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>должен знать:</b> методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима;</p> <p><b>должен уметь:</b></p> <p>давать оценки причин и условий возникновения и развития</p>	<p>A/05.8</p> <p>V/05.8</p>

	<p>хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными;</p>	
	<p><b>должен владеть:</b> методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться</p>	
ПК-2	<p>Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.</p> <p><b>должен знать:</b> общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии.</p> <p><b>должен уметь:</b> выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность.</p> <p><b>должен владеть:</b> методами проведения профилактических медицинских осмотров различных контингентов и профессиональных групп населения с целью выявления хирургических заболеваний. Специалист хирург должен обладать сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: варикозная болезнь,</p>	<p>A/01.8 B/01.8</p>

	облитерирующие заболеваний сосудов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; неосложненные грыжи живота; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит; холедохолитиаз и холангит.	
ПК-5	<b>Готовность</b> к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	A/01.8 B/01.8
	<b>Знать</b> общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии и основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии.	
	<b>Уметь</b> получить информацию о развитии и течении заболевания; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные.	
	<b>Владеть</b> сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих основных хирургических заболеваниях.	
ПК-6	<b>готовность к</b> ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.	A/02.8 B/02.8
	<b>должен знать:</b> принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии.	
	<b>должен уметь:</b> применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной,	

	<p>срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции.</p> <p><b>должен владеть:</b> сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии, острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи, открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.</p>	
ПК-8	<p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p><b>должен знать:</b> принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; основы фармакотерапии в хирургии и смежных областях медицины; основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</p> <p><b>должен уметь:</b> выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования</p>	<p>A/07.8 B/07.8</p>

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

## 2.1 Учебный план

дополнительной профессиональной программы Профессиональной переподготовки «Хирургия»

**Форма обучения-** очная, с отрывом от работы

**Трудоемкость обучения: 576 академических часов**

**Режим занятий:** 6 часов в неделю, 6 дней в неделю, 16 недель, 4 месяца

№ п/п	Наименование разделов	Всего Часов	Лек-ции	Семи-нары	Практ. занятия	Вид и форма контроля
1.	<b>Рабочая программа учебного модуля «Фундаментальные дисциплины»</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	-	Промежуточная аттестация (Зачет)
	Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов брюшной полости	4	2	2		
2.	<b>Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"</b>	<b>364</b>	<b>128</b>	<b>72</b>	<b>164</b>	Промежуточная аттестация (Зачет)
	<b>Неотложная хирургия</b>	<b>264</b>	<b>96</b>	<b>56</b>	<b>112</b>	зачет
	хирургические заболевания желудка	32	12	8	12	ТК
	хирургические заболевания я кишечника и брыжейки	32	12	8	12	ТК
	хирургические заболевания печени и желчн. путей	32	12	8	12	ТК
	хирургические заболевания поджелуд. железы	32	12	8	12	ТК
	заболевания и повреждения сосудов	24	12	4	8	ТК
	заболевания органов грудной клетки	24	12	4	8	ТК
	травмы живота	44	12	8	24	ТК
	травмы грудной клетки	44	12	8	24	
	<b>Плановая хирургия</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>16</b>	<b>52</b>	зачет
	Хирургия печени и желчевыводящих путей	48	16	8	24	ТК
	Хирургия желудка и 12-перстной кишки	18	8	2	8	ТК
	Хирургия грыж	18	4	2	12	ТК
	Торакальная хирургия	16	4	4	8	ТК
3.	<b>Рабочая программа учебного модуля "Смежные дисциплины"</b>	<b>184</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>104</b>	Промежуточная аттестация (Зачет)
	Онкология	36	5	7	24	ТК





## 2.3 Рабочие программы учебных модулей

### Рабочая программа учебного модуля "Фундаментальные дисциплины"

#### Раздел 1

#### Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов брюшной полости

1.1.3.3	Этажи брюшной полости
1.1.3.4	Внутренние органы
1.1.3.4.1	Желудок
1.1.3.4.2	Двенадцатиперстная кишка
1.1.3.4.3	Тонкая кишка
1.1.3.4.4	Толстая кишка
1.1.3.4.5	Червеобразный отросток
1.1.3.4.6	Печень и желчные протоки
1.1.3.4.7	Селезенка
1.1.3.4.8	Поджелудочная железа
1.1.3.5	Кровоснабжение органов брюшной полости и венозный отток
1.1.3.6	Лимфатическая система. Пути лимфоотока и метастазирования
1.1.3.7	Иннервация органов брюшной полости
1.1.3.8	Пути распространения воспалительных процессов и злокачественных опухолей
1.1.4	Оперативная хирургия
1.1.4.1	Оперативные доступы к органам полости живота
1.1.4.2	Операции при грыжах
1.1.4.2.1	Паховых и бедренных грыжах
1.1.4.2.2	Пупочных
1.1.4.2.3	Белой линии
1.1.4.2.4	Вентральных послеоперационных
1.1.4.2.5	Диафрагмальных
1.1.4.3.1	Гастростомия
1.1.4.3.2	Гастроэнтеростомия
1.1.4.3.3	Виды резекции желудка
1.1.4.3.4	Ваготомия
1.1.4.3.5	Холецистостомия
1.1.4.3.6	Холецистэктомия
1.1.4.3.7	Холедохотомия, холедоходуоденоанастомоз
1.1.4.3.8	Пункция и шов печени
1.1.4.3.9	Аппендэктомия
1.1.4.3.10	Спленэктомия
1.1.4.3.11	Операции на поджелудочной железе
1.1.4.3.12	Ушивание ран
1.1.4.3.12.1	Желудка
1.1.4.3.12.2	Тонкой кишки
1.1.4.3.12.3	Толстой кишки
1.1.4.3.12.4	Печени
1.1.4.4	Резекция тонкой и толстой кишки
1.1.4.4.1	Механический шов
1.1.4.5	Лапароцентез
1.1.4.5	Лапароскопия
1.1.4.7	Виды илеостомий
1.1.4.8	Колостомия
1.1.4.9	Цекостомия

### Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"

#### Раздел 2

#### Хирургические заболевания желудка

Код	Наименования тем, элементов
2.1	Хирургические заболевания желудка
2.1.1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

2.1.1.1	Осложнения язвенной болезни
2.1.1.2	Перфорация
2.1.1.3	Кровотечение
2.1.1.4	Стенозирование
2.1.1.5	Пенетрация
2.1.1.6.	Малигнизация
2.1.1.7	Методы остановки гастродуоденальных кровотечений
2.1.1.8	Консервативные методы лечения язвенной болезни
2.1.1.9	Эндоскопические методы лечения язвенной болезни
2.1.1.10	Хирургические методы лечения язвенной болезни
2.1.1.10.1	Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни
2.1.1.10.2	Предоперационная подготовка
2.1.1.10.3	Методы резекции желудка
2.1.1.10.4	Виды ваготомий и дренирующих операций
2.1.1.11	Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях
2.1.1.11.1	Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12- перстной кишки
2.1.1.11.2	Особенности послеоперационного ведения больных
2.1.1.12.	Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение
2.1.1.12.	Ранние осложнения после операций на желудке
2.1.1.12.1	Несостоятельность швов культи 12- перстной кишки
2.1.1.12.2	Несостоятельность швов анастомоза
2.1.1.12.3	Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта
2.1.1.12.4	Кровотечения в брюшную полость
2.1.1.12.5	Анастомозиты
2.1.1.12.6	Прочие осложнения
2.1.1.13.	Поздние осложнения после операций на желудке
2.1.1.13.1	Демпинг-синдром
2.1.1.13.2	Синдром приводящей петли
2.1.1.13.3	Пептические язвы
2.1.1.13.4	Прочие осложнения
2.1.1.14.1	Амбулаторное ведение больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и 12- перстной кишки
2.1.1.14.2	Вопросы диспансеризации
2.1.1.14.3	Вопросы диетического и санаторно- курортного лечения
2.1.1.14.4	МСЭ и реабилитация больных
2.1.1.15	Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;
2.1.1.15.1	Эпидемиология
2.1.1.15.2	Этиология
2.1.1.15.3	Клиника
2.1.1.15.4	Диагностика
2.1.1.15.4.1	Методы лечения
2.1.1.15.4.2	Консервативные
2.1.1.15.4.3	Эндоскопические
2.1.1.15.4.4	Хирургические
2.1.1.15.4.5	Послеоперационные осложнения
2.1.2	Полипы желудка
2.1.2.	Эпидемиология
2.1.2.1	Клиника
2.1.2.2	Методы диагностика
2.1.2.3	Лечение (эндоскопическое, хирургическое)
2.1.2.4	Результаты лечения

### Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"

#### Раздел 3

#### Хирургические заболевания кишечника и брыжейки

3.1	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки
3.1.1	Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)
3.1.2	Клиника
3.1.3	Диагностика
3.1.4	Принципы лечения
3.2.	Дивертикулы 12- перстной и тонкой кишок

3.2.1.	Клиника
3.2.2.	Диагностика
3.2.3	Принципы хирургического лечения
3.3.	Опухоли тонкой кишки
3.3.1.	Эпидемиология
3.3.2.1	Злокачественные опухоли 12- перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.)
3.3.2.2.	Клиника
3.3.2.3.	Диагностика
3.3.2.4.	Лечение
3.3.3	Доброкачественные опухоли 12- перстной кишки
3.3.3.1	Клиника
3.3.3.2	Методы диагностика
3.3.3.3	Лечение
3.3.3.3.	Новообразования тонкой кишки
3.3.3.3.1	Патоморфология
3.3.3.3.2	Клиника
3.3.3.3.3	Методы диагностики
3.3.3.3.4	Лечение (хирургическое, комбинированные методы лечения)
3.3.3.4.	Опухоли и кисты брыжейки
3.3.3.4.1	Эпидемиология новообразований брыжейки тонкой кишки
3.3.3.4.2	Методы диагностика
3.3.3.4.3	Лечение
3.3.3.4.3.1	Хирургическое
3.3.3.4.3.2	Лучевое
3.3.3.4.3.3	Химиотерапевтическое
3.4	Острая кишечная непроходимость
3.4.1	Предрасполагающие факторы и непосредственные причины
3.4.2	Патоморфологические и патофизиологические изменения при кишечной непроходимости
3.4.3	Клиника острой кишечной непроходимости
3.4.4	Методы диагностика
3.4.4.1	Лучевые
3.4.4.2	Эндоскопические
3.4.4.3	Лабораторные
3.4.4.3	Общие принципы лечения
3.4.4.3.1	Показания к оперативному лечению
3.4.4.3.2	Предоперационная подготовка
3.4.4.3.3	Задача и содержимое оперативного пособия
3.4.4.3.4	Дренирование кишечника, показания, выбор метода
3.4.4.3.5	Лечение больных в послеоперационном периоде
3.4.4.3.6	Внутрикишечная терапия
3.4.4.4.	Тонкокишечная непроходимость
3.4.4.4.1	Странгуляционная непроходимость
3.4.4.4.2	Заворот
3.4.4.4.3	Инвагинация
3.4.4.4.4	Узлообразование
3.4.4.4.5	Обтурационная непроходимость
3.4.4.4.6	Спаечная непроходимость
3.4.4.4.7	Ранняя послеоперационная механическая кишечная непроходимость
3.4.4.5.	Толстокишечная непроходимость
3.4.4.5.1.	Обтурационная непроходимость раковой этиологии
3.4.4.5.1.1	Клиника
3.4.4.5.1.2	Диагностика
3.4.4.5.1.3	Лечебная тактика
3.4.4.5.2.	Заворот толстой кишки
3.4.4.5.2.1	Заворот сигмовидной кишки
3.4.4.5.2.2	Заворот слепой кишки
3.4.4.5.2.3	Заворот поперечной кишки
3.4.4.5.2.4	Непроходимость толстой кишки при каловом завале
3.4.4.5.2.5.	Непроходимость толстой кишки, вызванная редкими причинами
3.4.4.5.2.6.	Функциональная кишечная непроходимость
3.4.4.5.2.6.1	Патогенетические механизмы нарушения двигательной функции кишечника
3.4.4.5.2.6.2	Нарушение секретно-резорбтивной деятельности кишечника

3.4.4.5.2.6.3	Острая кишечная непроходимость и эндокринная функция АПЦД- системы кишечника
3.4.4.5.2.6.4	Нарушение иммунные механизмов и значение микробного фактора в развитии острой кишечной непроходимости
3.4.4.5.2.6.5.	Лечение функциональной кишечной непроходимости
3.4.4.5.2.6.5.1	Медикаментозная стимуляция двигательной активности кишечника
3.4.4.5.2.6.5.2	Методы физического воздействия на двигательную активность кишечника
3.4.4.5.2.6.5.3	Показания к дренированию кишечника
3.5.	Острый аппендицит
3.5.1	Эпидемиология
3.5.22	Классификация
3.5.3	Клиника
3.5.4	Особенности течения заболевания при атипичных локализациях червеобразного отростка
3.5.5	Особенности течения острого аппендицита у беременных
3.5.6	Особенности течения острого аппендицита у лиц пожилого и старческого возраста
3.5.7	Диагностика
3.5.8	Дифференциальная диагностика
3.5.9.	Осложнения острого аппендицита
3.5.9.1	Перитонит
3.5.9.2	Аппендикулярный инфильтрат
3.5.9.3	Пилефлебит
3.5.9.4	Абсцессы брюшной полости
3.5.9.5	Гнойный параколит
3.5.9.6.	Хирургическое лечение острого аппендицита
3.5.9.6.1	Показания к тампонаде и дренированию брюшной полости
3.5.9.6.2.	Послеоперационные осложнения острого аппендицита
3.5.9.6.2.1	Кровотечения
3.5.9.6.2.2	Перитонит
3.5.9.6.2.3	Несостоятельность швов культи червеобразного отростка
3.5.9.6.2.4	Гнойники брюшной полости
3.5.9.6.2.5	Кишечные свищи
3.6.	Хронический аппендицит. Эпидемиология, клиника, диагностика, тактика
3.7.	Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки
3.7.1	Эпидемиология
3.7.2	Патоморфология опухолей
3.7.3	Вопросы классификации
3.7.4	Клиника
3.7.5	Диагностика
3.7.6	Лечение
3.8.	Опухоли ободочной кишки (см. курс 15.3)
3.9.	Наружные кишечные свищи
3.9.1	Причины возникновения
3.9.2	Классификация
3.9.3	Методы диагностика
3.9.4	Особенности тактики в зависимости от локализации и вида кишечных свищей
3.9.5	Методы компенсации свищевых потерь у больных с тонкокишечными свищами
3.9.6	Методы обтурации кишечных свищей
3.9.7	Хирургическая тактика и техника при тонко- и толстокишечных свищах
3.9.8	Послеоперационное ведение больных
3.10.	Мезоаденит
3.10.1	Неспецифический
3.10.2	Туберкулезный
3.10.3	Диагностика и лечение

**Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"**  
**Раздел 4**  
**«Гепатопанкреатобилиарная хирургия»**

4.1	«Г гепатопанкреатобилиарная хирургия»
4.1.1	Хирургические заболевания печени и желчных протоков
4.1.1.1	Заболевания печени
4.1.1.1.1	Доброкачественные опухоли печени

4.1.1.1.1.1	Классификация
4.1.1.1.1.2	Этиология и эпидемиология
4.1.1.1.1.3	Патогенез
4.1.1.1.1.4	Клиника
4.1.1.1.1.6	Лечение
4.1.1.1.2	Злокачественные опухоли печени
4.1.1.1.2.1	Классификация
4.1.1.1.2.2	Этиология и эпидемиология
4.1.1.1.2.3	Патогенез
4.1.1.1.2.4	Клиника
4.1.1.1.2.5	Методы диагностики
4.1.1.1.2.6	Лабораторный и морфологический
4.1.1.1.2.7	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ, радиоизотопный)
4.1.1.1.2.8	Эндоскопический
4.1.1.1.2.9	Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени
4.1.1.1.2.10	Определение резектабельности при злокачественных опухолях печени
4.1.1.1.2.11	Хирургическое лечение первичных злокачественных и метастатических опухолей печени
4.1.1.1.2.12	Комбинированное и комплексное лечение злокачественных опухолей печени
4.1.1.1.3	Непаразитарные кисты печени
4.1.1.1.3.1	Этиология
4.1.1.1.3.2	Патогенез
4.1.1.1.3.3	Клиника
4.1.1.1.3.4	Диагностика
4.1.1.1.3.5	Способы оперативного лечения
4.1.1.1.4	Паразитарные заболевания печени
4.1.1.1.4.1	Эпидемиология
4.1.1.1.4.2	Этиология
4.1.1.1.4.3	Патогенез
4.1.1.1.4.4	Эхинококкоз печени (гидатидозный)
4.1.1.1.4.4.1	Клиника
4.1.1.1.4.4.2	Диагностика
4.1.1.1.4.4.3	Дифференциальная диагностика
4.1.1.1.4.4.4	Осложнения
4.1.1.1.4.4.5	Выбор метода лечения
4.1.1.1.4.4.6	Медикаментозная терапия эхинококкоза
4.1.1.1.4.4.7	Хирургическая тактика при эхинококкозе печени
4.1.1.1.4.4.8	Хирургическая тактика при сочетанном поражении эхинококком печени и других органов
4.1.1.1.4.5	Альвеококкоз печени
4.1.1.1.4.5.1	Клиника
4.1.1.1.4.5.2	Диагностика
4.1.1.1.4.5.3	Осложнения
4.1.1.1.4.5.4	Хирургическое и комбинированное лечение
4.1.1.1.4.6	Осложнения описторхоза
4.1.1.1.4.6.1	Клиника
4.1.1.1.4.6.2	Осложнения описторхоза
4.1.1.1.4.6.3	Диагностика
4.1.1.1.4.6.4	Лечение
4.1.1.1.4.6.5	Консервативная терапия
4.1.1.1.4.6.6	Хирургическая тактика при осложнениях описторхоза
4.1.1.1.5	Абсцессы печени
4.1.1.1.5.1	Эпидемиология
4.1.1.1.5.2	Этиология и патогенез
4.1.1.1.5.3	Классификация
4.1.1.1.5.4	Клиника
4.1.1.1.5.5	Методы диагностики
4.1.1.1.5.6	Осложнения
4.1.1.1.5.7	Лечение
4.1.1.1.5.8	Особенности диагностики и лечения амёбных абсцессов печени
4.1.1.1.6	Циррозы печени и портальная гипертензия
4.1.1.1.6.1	Цирроз печени

4.1.1.1.6.1.2	Классификация
4.1.1.1.6.2	Портальная гипертензия
4.1.1.1.6.2.1	Классификация
4.1.1.1.6.2.2	Методы диагностики
4.1.1.1.6.2.3	Лучевые методы исследования печени
4.1.1.1.6.2.4	Лучевые и манометрические методы исследования кровообращения печени при портальной гипертензии
4.1.1.1.6.2.5	Эндоскопические и морфологические методы исследования
4.1.1.1.6.2.6	Лечение осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
4.1.1.1.6.2.7	Лечебная тактика при остром кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
4.1.1.1.6.2.8	Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка
4.1.1.1.6.2.9	Эндоскопические способы гемостаза
4.1.1.1.6.2.10	Лапаротомный способ лечения
4.1.1.1.6.2.11	Лечение острой печёночной недостаточности при портальной гипертензии
4.1.1.1.6.2.12	Результаты хирургического лечения циррозов печени и портальной гипертензии. МСЭ.
4.1.1.2	Хирургические заболевания желчных протоков
4.1.1.2.1	Желчнокаменная болезнь
4.1.1.2.1.1	Эпидемиология
4.1.1.2.1.2	Этиология и патогенез
4.1.1.2.1.3	Клиника
4.1.1.2.1.4	Методы диагностики
4.1.1.2.1.5	Лабораторные
4.1.1.2.1.8	Показания к хирургическому лечению
4.1.1.2.1.9	Способы хирургического лечения
4.1.1.2.1.10	Лапаротомный способ лечения
4.1.1.2.1.11	Хирургическое лечение из мини-доступа
4.1.1.2.1.12	Эндоскопический способ лечения
4.1.1.2.1.13	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.2	Осложнения желчнокаменной болезни
4.1.1.2.2.1	Стеноз терминального отдела гепатикохоледоха и большого дуоденального соска
4.1.1.2.2.1.1	Клиника
4.1.1.2.2.1.2	Диагностика
4.1.1.2.2.1.3	Лечение
4.1.1.2.2.2	Холедохолитиаз
4.1.1.2.2.2.1	Клиника
4.1.1.2.2.2.2	Диагностика
4.1.1.2.2.2.3	Лечение
4.1.1.2.2.2.4	Показания к холедохотомии и техника её выполнения
4.1.1.2.2.2.5	Выбор метода завершения холедохотомии
4.1.1.2.2.3	Билиодигестивные свищи
4.1.1.2.2.3.1	Клиника
4.1.1.2.2.3.2	Диагностика
4.1.1.2.2.3.3	Лечение
4.1.1.2.2.4	Механическая желтуха
4.1.1.2.2.4.1	Клиника
4.1.1.2.2.4.2	Методы диагностики
4.1.1.2.2.4.3	Лабораторные
4.1.1.2.2.4.4	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)
4.1.1.2.2.4.5	Эндоскопический
4.1.1.2.2.4.6	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.2.4.7	Осложнения механической желтухи
4.1.1.2.2.4.8	Особенности предоперационной подготовки больных с механической желтухой
4.1.1.2.2.5	Эндоскопические способы лечения
4.1.1.2.2.6	Лапаротомный способ лечения
4.1.1.2.2.7	Осложнения оперативных вмешательств на желчных протоках
4.1.1.2.2.8	Интраоперационные
4.1.1.2.2.9	Послеоперационные (ранние, поздние)
4.1.1.2.2.10	Особенности лечения больных с наружными дренажами желчных протоков
4.1.1.2.2.11	Острый холангит

4.1.1.2.2.11.1	Клиника
4.1.1.2.2.11.2	Диагностика
4.1.1.2.2.11.3	Лечение
4.1.1.2.2.11.4	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.3	Острый холецистит
4.1.1.2.3.1	Эпидемиология
4.1.1.2.3.3	Классификация
4.1.1.2.3.4	Клиника
4.1.1.2.3.5	Особенности клинического течения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста
4.1.1.2.3.6	Диагностика
4.1.1.2.3.7	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.3.8	Осложнения острого холецистита
4.1.1.2.3.9	Лечение острого холецистита
4.1.1.2.3.10	Консервативное лечение
4.1.1.2.3.11	Предоперационная подготовка
4.1.1.2.3.12	Выбор способа хирургического лечения при остром холецистите
4.1.1.2.3.13	Миниинвазивные технологии (пункционно-дренирующий способ)
4.1.1.2.3.14	Эндоскопический способ лечения
4.1.1.2.3.15	Лапаротомный способ лечения
4.1.1.2.3.16	Особенности лечебной тактики при остром холецистите у лиц старческого возраста
4.1.1.2.3.17	Особенности лечебной тактики при остром ферментативном холецистите
4.1.1.2.3.18	Возможные осложнения хирургического вмешательства при остром холецистите
4.1.1.2.3.19	Интраоперационные
4.1.1.2.3.20	Послеоперационные
4.1.1.2.3.21	Лечебная тактика в послеоперационном периоде
4.1.1.2.3.22	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.4	Хронический калькулёзный холецистит
4.1.1.2.4.1	Эпидемиология
4.1.1.2.4.2	Этиология и патогенез
4.1.1.2.4.3	Классификация
4.1.1.2.4.4	Клиника
4.1.1.2.4.5	Диагностика
4.1.1.2.4.6	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.4.7	Показания к хирургическому лечению
4.1.1.2.4.8	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.5	Хронический бескаменный холецистит (холестероз желчного пузыря)
4.1.1.2.5.1	Клиника
4.1.1.2.5.2	Диагностика
4.1.1.2.5.3	Выбор способа лечения (консервативный, хирургический)
4.1.1.2.5.4	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.6	Постхолецистэктомический синдром
4.1.1.2.6.1	Понятие и причины
4.1.1.2.6.2	Диагностика
4.1.1.2.6.3	Неудалённый полностью желчный пузырь
4.1.1.2.6.4	Длинная культя пузырного протока
4.1.1.2.6.5	Резидуальные камни
4.1.1.2.6.8	Способы хирургического лечения при разновидностях постхолецистэктомического синдрома
4.1.1.2.6.9	Результаты хирургического лечения постхолецистэктомического синдрома. МСЭ.
4.1.1.2.7	Ятрогенные повреждения и стриктуры внепечёчных желчных протоков
4.1.1.2.7.1	Причины повреждений внепечёчных желчных протоков
4.1.1.2.7.2	При операциях на желчных протоках
4.1.1.2.7.3	При операциях на органах желудочно-кишечного тракта
4.1.1.2.7.4	Интраоперационная диагностика и хирургическая тактика при повреждениях желчных протоков
4.1.1.2.7.5	Способы восстановления проходимости желчных протоков при их повреждении
4.1.1.2.7.6	Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде, хирургическая тактика.
4.1.1.2.7.7	Сроки удаления дренажей при восстановлении проходимости желчных протоков
4.1.1.2.7.8	Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков
4.1.1.2.7.9	Эндопротезирование желчных протоков

4.1.1.2.7.10	Результаты хирургического лечения. МСЭ.
4.1.1.2.8	Рак желчного пузыря и желчных протоков
4.1.1.2.8.1	Рак желчного пузыря
4.1.1.2.8.1.1	Эпидемиология
4.1.1.2.8.1.2	Клиника
4.1.1.2.8.1.3	Диагностика
4.1.1.2.8.1.4	Выбор способа хирургического лечения
4.1.1.2.8.1.5	Радикальное хирургическое лечение
4.1.1.2.8.1.6	Паллиативное хирургическое лечение
4.1.1.2.8.1.7	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.8.2	Опухоль Клатскина
4.1.1.2.8.2.1	Клиника
4.1.1.2.8.2.2	Диагностика
4.1.1.2.8.2.3	Лечение
4.1.1.2.8.2.4	Радикальное хирургическое лечение
4.1.1.2.8.2.5	Паллиативное хирургическое лечение
4.1.1.2.8.2.6	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.9	Опухолевые заболевания большого дуоденального соска
4.1.1.2.9.1	Доброкачественные новообразования большого дуоденального соска
4.1.1.2.9.1.1	Классификация
4.1.1.2.9.1.2	Этиология
4.1.1.2.9.1.3	Клиника
4.1.1.2.9.1.4	Диагностика
4.1.1.2.9.1.5	Лечение
4.1.1.2.9.2	Злокачественные новообразования большого дуоденального соска
4.1.1.2.9.2.3	Этиология
4.1.1.2.9.2.4	Клиника
4.1.1.2.9.2.5	Диагностика
4.1.1.2.9.2.6	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.9.2.7	Лечение
4.1.1.2.9.2.8	Радикальное хирургическое лечение
4.1.1.2.9.2.9	Паллиативное хирургическое лечение
4.1.1.2.9.2.10	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.10	Заболевания поджелудочной железы
4.1.1.2.10.1	Острый панкреатит
4.1.1.2.10.1.1	Этиология
4.1.1.2.10.1.2	Патогенез
4.1.1.2.10.1.3	Патоморфология
4.1.1.2.10.1.4	Классификация
4.1.1.2.10.1.5	Клиника
4.1.1.2.10.1.6	Методы диагностики
4.1.1.2.10.1.7	Лабораторные
4.1.1.2.10.1.8	Эндоскопические
4.1.1.2.10.1.9	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)
4.1.1.2.10.1.10	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.10.1.11	Лечение
4.1.1.2.10.1.12	Консервативные методы лечения
4.1.1.2.10.1.13	Показания к хирургическому лечению
4.1.1.2.10.1.14	Предоперационная подготовка
4.1.1.2.10.1.15	Хирургическое лечение
4.1.1.2.10.1.16	Миниинвазивные способы
4.1.1.2.10.1.17	Оперативные доступы к поджелудочной железе
4.1.1.2.10.1.18	Показания к радикальным операциям
4.1.1.2.10.1.19	Послеоперационное ведение больных
4.1.1.2.10.1.20	Осложнения острого панкреатита
4.1.1.2.10.1.21	Забрюшинная флегмона
4.1.1.2.10.1.22	Внутренние и наружные панкреатические свищи
4.1.1.2.10.1.23	Кишечные свищи
4.1.1.2.10.1.24	Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита
4.1.1.2.10.1.25	Лечение осложнений
4.1.1.2.10.1.26	Острый послеоперационный панкреатит
4.1.1.2.10.1.27	Патогенез
4.1.1.2.10.1.28	Диагностика



4.1.1.2.10.1.29	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.10.1.30	Лечение
4.1.1.2.10.2	Хронический панкреатит
4.1.1.2.10.2.1	Эпидемиология
4.1.1.2.10.2.2	Этиология
4.1.1.2.10.2.3	Патогенез
4.1.1.2.10.2.4	Классификация
4.1.1.2.10.2.7	Склерозирующий панкреатит
4.1.1.2.10.2.8	Методы диагностики
4.1.1.2.10.2.9	Лабораторные
4.1.1.2.10.2.10	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)
4.1.1.2.10.2.11	Эндоскопические
4.1.1.2.10.2.12	Лечение хронического панкреатита
4.1.1.2.10.2.13	Консервативная терапия
4.1.1.2.10.2.14	Хирургическое лечение
4.1.1.2.10.2.15	Операции на желчных протоках
4.1.1.2.10.2.16	Операции на поджелудочной железе
4.1.1.2.10.2.17	Операции на протоках поджелудочной железы
4.1.1.2.10.2.18	Операции на желудочно-кишечном тракте
4.1.1.2.10.2.19	Послеоперационные осложнения
4.1.1.2.10.2.20	Результаты лечения. МСЭ.
4.1.1.2.10.3	Кисты поджелудочной железы
4.1.1.2.10.3.1	Истинные кисты
4.1.1.2.10.3.1.1	Классификация
4.1.1.2.10.3.1.2	Клиника
4.1.1.2.10.3.1.3	Диагностика
4.1.1.2.10.3.1.4	Хирургическое лечение
4.1.1.2.10.3.1.5	Лечебная тактика в послеоперационном периоде
4.1.1.2.10.3.2	Псевдокисты поджелудочной железы
4.1.1.2.10.3.2.1	Патогенез
4.1.1.2.10.3.2.2	Классификация и стадии формирования псевдокист
4.1.1.2.10.3.2.3	Клиника
4.1.1.2.10.3.2.4	Методы диагностики
4.1.1.2.10.3.2.5	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)
4.1.1.2.10.3.2.6	Эндоскопический
4.1.1.2.10.3.2.7	Дифференциальная диагностика
4.1.1.2.10.3.2.8	Осложнения
4.1.1.2.10.3.2.9	Лечение
4.1.1.2.10.3.2.10	Консервативное лечение
4.1.1.2.10.3.2.11	Показания к применению мининвазивных хирургических способов лечения
4.1.1.2.10.3.2.12	Лапаротомный способ хирургического лечения
4.1.1.2.10.3.2.13	Лечебная тактика в послеоперационном периоде
4.1.1.2.10.4	Опухоли поджелудочной железы
4.1.1.2.10.4.1	Злокачественные опухоли поджелудочной железы
4.1.1.2.10.4.1.1	Эпидемиология
4.1.1.2.10.4.1.2	Этиология
4.1.1.2.10.4.1.3	Патоморфология
4.1.1.2.10.4.1.4	Клиника
4.1.1.2.10.4.1.5	Методы диагностики
4.1.1.2.10.4.1.6	Лабораторный и морфологический
4.1.1.2.10.4.1.7	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)
4.1.1.2.10.4.1.10	Хирургические способы лечения
4.1.1.2.10.4.1.11	Комбинированное и комплексное лечение
4.1.1.2.10.4.1.12	Лечебная тактика в послеоперационном периоде
4.1.1.2.10.4.1.13	Результаты лечения
4.1.1.2.10.4.2	Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы
4.1.1.2.10.4.2.1	Классификация
4.1.1.2.10.4.2.2	Этиология
4.1.1.2.10.4.2.3	Патоморфология
4.1.1.2.10.4.2.4	Клиника
4.1.1.2.10.4.2.5	Методы диагностики
4.1.1.2.10.4.2.6	Лабораторный и морфологический
4.1.1.2.10.4.2.7	Лучевые (рентгенологический, ультразвуковой, МРТ)

4.1.1.2.10.4.2.8	Эндоскопические
4.1.1.2.10.4.2.9	Лечение
4.1.1.2.10.4.2.10	Особенности диагностики и лечения карцинома поджелудочной железы

**Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"**  
**Раздел 5**  
**Грыжи**

Код	Наименования тем, элементов
5.	Грыжи
5.1	Общее учение о грыжах
5.1.1	Классификация
5.1.2	Эпидемиология
5.1.3	Этиология
5.1.4	Составные части грыжи
5.1.5	С имптоматология
5.1.6	Диагностика
5.1.7	Профилактика
5.1.8	Хирургическое лечение
5.1.9	Послеоперационный период
5.1.10	Результаты лечения. МСЭ
5.1.11	Осложнения
5.1.12	Неправильная грыжа
5.1.13	Ущемленная грыжа
5.1.13.1	Механизм ущемления
5.1.13.2	Патологоанатомические изменения
5.1.13.3	Клиническая картина
5.1.13.4	Осложнения
5.1.13.5	Лечение
5.1.13.6	Особенности оперативного вмешательства
5.2	Диафрагмальные грыжи
5.2.1	Эпидемиология
5.2.2	Классификация
5.2.3	Травматические диафрагмальные грыжи
5.2.3.1	Клинические формы
5.2.3.2	С имптоматология
5.2.3.3	Диагностика
5.2.3.4	Дифференциальная диагностика
5.2.3.5	Лечение
5.2.3.6	Осложнения
5.2.4	Нетравматическая диафрагмальная грыжа
5.2.5	Грыжи пищеводного отверстия
5.2.5.1	С имптоматология
5.2.5.2	Рентгенодиагностика
5.2.5.3	Осложнения
5.2.5.4	Лечение
5.2.6	Грыжи треугольника Бохдалека
5.2.7	Позадигрудные диафрагмальные грыжи
5.2.8	Релаксация диафрагмы
5.2.8.1	Клиника
5.2.8.2	Лечение
5.3	Паховые грыжи
5.3.1	Эпидемиология
5.3.2	Этиология
5.3.3	Прямая паховая грыжа
5.3.3.1	Анатомические особенности
5.3.3.2	Клинические проявления
5.3.3.3	Диагностика
5.3.3.4	Лечение хирургическое
5.3.3.5	Сравнительная оценка хирургических методов лечения
5.3.3.6	Послеоперационные осложнения
5.3.3.7	Лечение послеоперационных осложнений
5.3.4	Косые паховые грыжи

5.3.4.1	Анатомические особенности
5.3.4.2	Клинические проявления
5.3.4.3	Диагностика
5.3.4.4	Хирургическое лечение
5.3.4.5	Сравнительная оценка хирургических методов лечения
5.3.4.6	Послеоперационное течение
5.3.4.7	Послеоперационные осложнения
5.3.4.8	Профилактика и лечение послеоперационных осложнений
5.3.5	Рецидивы при прямых и косых паховых грыжах
5.3.5.1	Хирургическое лечение
5.3.5.2	Профилактика
5.3.6	Скользящие паховые грыжи и их оперативное лечение
5.3.7	Межкишечные паховые грыжи
5.3.8	Параингинальные (околопаховые) грыжи
5.3.9	Осложнения паховых грыж
5.3.10	Лечение
5.4	Травматические грыжи
5.4.1	Этиология
5.4.2	С имптоматология
5.4.3	Диагностика
5.4.4	Лечение
5.4.5	Осложнения
5.4.6	Экспертиза трудоспособности
5.5	Послеоперационные грыжи
5.5.1	Этиология
5.5.2	С имптоматология
5.5.3	Диагностика
5.5.4	Профилактика
5.5.5	Лечение
5.5.6	Осложнения
5.5.7	Экспертиза трудоспособности
5.6	Бедренные грыжи
5.6.1	Эпидемиология
5.6.2	Топографоанатомические особенности
5.6.3	Этиология
5.6.4	Разновидности
5.6.5	С имптоматология
5.6.6	Диагностика
5.6.7	Дифференциальная диагностика
5.6.8	Хирургическое лечение
5.6.9	Осложнения
5.6.10	Профилактика и лечение послеоперационных осложнений
5.7	Пупочная грыжа
5.7.1	Эпидемиология
5.7.2	Этиология
5.7.3	Разновидности
5.7.4	С имптоматология
5.7.5	Диагностика
5.7.6	Дифференциальная диагностика
5.7.7	Профилактика
5.7.8	Лечение
5.7.9	Осложнения и их лечение
5.7.10	Реабилитация и экспертиза трудоспособности
5.8	Грыжа белой линии живота
5.8.1	Эпидемиология
5.8.2	Этиология
5.8.3	Разновидности
5.8.4	С имптоматология
5.8.5	Диагностика
5.8.6	Дифференциальная диагностика
5.8.7	Хирургические методы лечения
5.8.8	Осложнения
5.8.9	Реабилитация и экспертиза трудоспособности

5.9	Редкие формы грыж
5.9.1	Грыжа мечевидного отростка
5.9.2	Боковая грыжа живота
5.9.3	Поясничная грыжа
5.9.4	Запирательная грыжа
5.9.5	Седалищная грыжа
5.9.6	Промежностная грыжа
5.10	Внутренние брюшные грыжи
5.10.1	Понятие о внутренних брюшных грыжах
5.10.2	Эпидемиология
5.10.3	Патогенез
5.10.4	С имптоматология
5.10.5	Диагностика
5.10.6	Классификация
5.10.6.1	Предбрюшинные внутренние грыжи (надчревные, надпузырные)
5.10.6.2	Поздобрюшинные внутренние грыжи (околодвенадцатиперстных, околослепокишечные, околоободочные, межсигмовидные, подвздошно-подфасциальные)
5.10.6.3	Внутрибрюшинные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи винслова отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)
5.10.6.4	Предбрюшинные внутренние грыжи в области тазовой брюшины
5.10.6.5	Хирургическое лечение
5.10.6.6	Результаты хирургического лечения. МСЭ

### Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"

#### Раздел 6

#### Травма грудной клетки живота

6.	Травма живота
6.1	Общие сведения
6.1.1	Эпидемиология
6.1.2	Классификация
6.1.3	Зависимость травмы от ранящего предмета
6.2	Сочетанная травма
6.2.1	Живота и черепа
6.2.2	Живота и груди
6.2.3	Живота и опорно-двигательного аппарата
6.3	Ранения стенки живота
6.3.1	Клиника
6.3.2	Диагностика
6.3.3	Лечение
6.4	Травма паренхиматозных органов
6.4.1	Клиника
6.4.2	Методы диагностики
6.4.2.1	Лабораторные
6.4.2.2	Инструментальные
6.4.2.3	Лучевые
6.5	Особенности диффузных разрывов паренхиматозных органов
6.5.1	Двухфазные разрывы паренхиматозных органов
6.5.2	Лечение
6.5.3	Результаты лечения. МСЭ
6..6	Травмы полых органов
6..6.1	Клиника
6..6.2	Методы диагностики
6.6.2.1	Инструментальные
6.6.2.2	Лучевые
6.6.2.3	Лабораторные
6.6.3	Особенности двухфазных разрывов полых органов
6.6.4	Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов

6.6.5	Лечение
6.6.6	Результаты лечения
6.6.7	Реабилитация и МСЭ
6.7	Изолированные ранения органов брюшной полости
6.7.1	Особенности тактики
6.8	Забрюшинные гематомы
6.8.1	Диагностика
6.8.2	Обособленности тактики
6.8.3	Лечение
6.4	Травма грудной клетки
6.4.1	Повреждения грудной клетки
6.4.1.1	Механизм повреждения грудной клетки
6.4.1.2	Классификация
6.4.2	Виды пневмотораксов
6.4.2.1	Закрытый
6.4.2.2	Открытый
6.4.2.3	Клапанный
6.5	Виды операций
6.5.1	Методы дренирования средостения
6.5.2	Внеплевральные
6.5.2	Чрезплевральные
6.5.3	Проточное промывание, лаваж

**Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"**

**Раздел 7**

**Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)**

7	Раздел 7 «Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)»
7.1	Учение о ранах
7.2	Патогенез раневого процесса
7.3	Микробиология ран
7.3.1	Микробиологические аспекты раневой инфекции
7.3.2	«Чистые операционные раны»
7.3.2.1	Гнойные операционные раны
7.3.2.2	Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции
7.4	Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран
7.5	Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции
7.6	Иммунология раневой инфекции
7.7	Общая характеристика факторов защиты
7.8	Фазы раневого процесса
7.8.1	Классификация ран
7.8.2	Классификация раневого процесса
7.8.3	Виды заживления раны
7.8.4	Заживление первичным натяжением
7.8.4.1	Заживление вторичным натяжением
7.8.4.2	Заживление под струпом
7.8.4.3	Объективные критерии оценки течения раневого процесса
7.8.5	Клиническая характеристика
7.9	Основные принципы активной хирургической тактики
7.9.1	Хирургическая обработка ран
7.9.1.1	Терминология и основные понятия
7.9.1.1.1	Первичная хирургическая обработка
7.9.1.1.1.1	Вторичная хирургическая обработка
7.9.1.1.1.2	Техника хирургической обработки гнойного очага
7.9.2	Способы совершенствования хирургической обработки гнойного очага
7.10.	Местная лекарственная терапия
7.11	Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства
7.11.1	Рожистое воспаление
7.11.1.1	Этиология
7.11.1.2	Патогенез
7.11.1.3	Клиника

7.11.1.4	Лечение
7.11.2	Флегмона
7.11.2.1	Этиология
7.11.2.2	Патогенез
7.11.2.3	Клиника
7.11.2.6	Методы дренирования флегмон
7.11.2.7	Осложнения
7.11.3	Фурункул
7.11.3.1	Этиология
7.11.3.2	Патогенез
7.11.3.3	Клиника
7.11.3.4	Профилактика
7.11.3.5	Лечение
7.11.4	Фурункулез
7.11.5	Карбункул
7.11.6	Абсцесс
7.11.7	Паранефрит
7.11.7.1	Этиология
7.11.7.2	Патогенез
7.11.7.3	Клиника
7.11.7.4	Лечение
7.11.8	Параколит
7.11.9	Псоиты
7.11.10	Флегмона таза
7.12	Гнойные заболевания кисти
7.12.1	Панариций
7.12.1.1	Классификация
7.12.1.2	Этиология
7.12.1.3	Патогенез
7.12.1.4	Клиника
7.12.1.5	Лечение
7.12.1.6	Осложнения
7.12.1.7	Экспертиза временной нетрудоспособности
7.12.2	Флегмона кисти
7.12.2.1	Классификация
7.12.2.2	Этиология
7.12.2.3	Патогенез
7.12.2.4	Клиника
7.12.2.5	Лечение
7.12.2.6	Осложнения
7.12.2.7	Экспертиза временной нетрудоспособности
7.13	Остеомиелиты
7.13.1	Классификация
7.13.2	Этиология
7.13.3	Патогенез
7.13.4	Клиника
7.13.5	Диагностика
7.13.6	Дифференциальная диагностика
7.13.7	Лечение. Осложнения. Профилактика
7.14	Маститы
7.14.1	Этиология
7.14.2	Патогенез
7.14.3	Клиника
7.14.4	Диагностика
7.14.5	Дифференциальная диагностика
7.14.6	Лечение
7.14.6.1	Консервативное
7.14.6.2	Хирургическое
7.14.7	Прогноз
7.14.8	Результаты лечения
7.14.9	Вопросы реабилитации и МСЭ
7.15	Хронические гнойные заболевания
7.15.1	Трофические язвы

7.15.1.1	Этиология, патогенез, клиника, лечение
7.15.2	Гнойные свищи
7.15.2.1	Этиология, клиника, лечение
7.15.3	Пролежни
7.15.3.1	Этиология, клиническая картина
7.15.3.2	Принципы и методы лечения
7.15.4.	Гангрена
7.15.4.1	Этиология, патогенез, клиника, лечение
7.16	Лечение ран в управляемой антибактериальной среде
7.16.1	История вопроса
7.16.2	Методика лечения
7.16.3	Особенности течения раневого процесса
7.16.4	Лечение ран различной этиологии
7.17	Ранние реконструктивно-восстановительные операции в клинике гнойной хирургии
7.17.1	Пластическое закрытие раневой поверхности
7.17.1.1	Виды кожной пластики
7.17.1.2	Дозированное тканевое растяжение
7.17.2	Замещение костных дефектов
7.18	Хирургический сепсис
7.18.1	Терминология и классификация
7.18.2	Этиология и патогенез
7.18.3	Первичный и вторичный гнойный очаги
7.18.4	Иммунная защита организма
7.18.5	Эндотоксикоз при тяжелой гнойной инфекции
7.18.6	Изучение энергетического обмена
7.18.7	Сердечно-сосудистая система при сепсисе
7.18.8	Органы дыхания при сепсисе
7.18.9	Система гемокоагуляции
7.18.10	Печень и почки при сепсисе
7.18.11	Морфологические изменения при хирургическом сепсисе
7.18.14	Осложнения сепсиса
7.18.15	Септический шок
7.18.16	Принципы лечения
7.18.16.1	Активное хирургическое лечение гнойных очагов
7.18.16.2	Интенсивная терапия больных с тяжелой гнойной инфекцией
7.18.16.2.1	Общие принципы
7.18.16.2.2	Предоперационная подготовка
7.18.16.2.3	Общее интенсивное лечение
7.18.16.2.4	Антибактериальная терапия
7.18.16.2.5	Направленная иммунокоррекция
7.18.16.2.6	Детоксикация при тяжелой гнойной инфекции
7.18.16.2.7	Метаболическая коррекция
7.18.16.2.8	Восполнение белково-электролитных потерь
7.18.16.2.9	Коррекция анемии и гипопротейемии
7.18.16.2.10	Коррекция нарушений системы гемокоагуляции
7.18.16.2.11	Интенсивная терапия септического шока
7.18.16.2.12	Показания к проведению интенсивной терапии при тяжелой гнойной инфекции и оценка ее эффективности
7.18.16.2.13	Летальность при сепсисе
7.19	Особые виды раневой инфекции
7.19.1	Клостридиальная инфекция
7.19.1.1	Этиология
7.19.1.2	Клиника
7.19.1.3	Диагностика
7.19.1.4	Дифференциальная диагностика
7.19.1.5	Лечение
7.19.1.6	Исходы лечения
7.19.2	Столбняк
7.19.2.1	Эпидемиология
7.19.2.2	Этиология
7.19.2.3	Патогенез
7.19.2.4	Клиника

7.19.2.5	Диагностика
7.19.2.6	Дифференциальная диагностика
7.19.2.7	Лечение
7.19.2.8.	Профилактика
7.19.3	Бешенство
7.19.3.1	Этиология
7.19.3.2	Патогенез
7.19.3.3	Клиника
7.19.3.4	Диагностика
7.19.3.5	Лечение
7.19.3.6	Профилактика
7.19.4	Туберкулез ран
7.19.4.1	Этиология
7.19.4.4	Лечение
7.19.5	Актиномикоз
7.19.5.1	Клиника
7.19.5.2	Диагностика
7.19.5.3	Лечение
7.20	Анаэробная неклостридиальная инфекция
7.20.1	Этиология и патогенез
7.20.2	Клиническая картина
7.20.3	Диагностика и дифференциальная диагностика
7.20.4	Принципы лечения
7.20.4.1	Хирургическое лечение
7.20.4.2	Антибактериальная терапия
7.21	Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом
7.21.1	Особенности течения хирургической инфекции
7.21.2	Нарушения обмена у больных сахарным диабетом на фоне хирургической инфекции
7.21.3	«Диабетическая стопа»
7.21.4	Клиническая картина
7.21.5	Диагностика
7.21.6	Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных
7.21.7	Активное хирургическое лечение
7.21.8	Комплексная терапия
7.22	Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости
7.22.1	Перитонит
7.22.1.1	Этиология
7.22.1.2	Классификация
7.22.1.3	Патогенез
7.22.1.4	Клиника
7.22.1.5	Специальные методы диагностики
7.22.1.6	Лечение
7.22.1.6.1	Консервативная терапия
7.22.1.6.2	Оперативное лечение
7.22.1.6.3	Послеоперационное ведение
7.22.1.6.4	Послеоперационные осложнения
7.22.1.7	Вопросы реабилитации и трудоустройства
7.22.2	Остаточные гнойники брюшной полости
7.22.2.1	Классификация
7.22.2.2	Патогенез
7.22.2.3.	Клиника
7.22.2.4	Диагностика
7.22.2.5	Лечение
7.23	Антибактериальная терапия в хирургии

**Рабочая программа учебного модуля "Специальные дисциплины"**

**Раздел 8**

**Заболевания и повреждения сосудов**

8	«Заболевания и повреждения сосудов»
8.1	Заболевания венозной системы
8.1.1	Хроническая венозная недостаточность
8.1.1.1	Этиология



8.1.1.2	Патогенез
8.1.1.3	Клиника
8.1.1.4	Диагностика
8.1.1.4.1	Клиническая
8.1.1.4.2	Ультразвуковая
8.1.1.4.3	Лучевая
8.1.1.5	Лечение
8.1.1.5.1	Консервативное
8.1.1.5.2	Склеротерапия
8.1.1.5.3	Хирургическое. Реабилитация. ЛФК
8.1.1.6	Диспансеризация. Реабилитация. ЛФК
8.1.2	Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены
8.1.2.1	Классификация
8.1.2.2	Патоморфологические нарушения регионарной и общей гемодинамики
8.1.2.3	Диагностика
8.1.2.3.1	Клиническая
8.1.2.3.2	Рентгенологическая
8.1.2.3.3	Функциональная
8.1.2.4	Лечение
8.1.2.4.1	Консервативное
8.1.2.4.2	Хирургическое
8.1.3	Флебит, тромбофлебит
8.1.3.1	Этиология
8.1.3.3	Клиника
8.1.3.4	Диагностика
8.1.3.5	Лечение (консервативное, хирургическое)
8.1.4	Посттромбофлебитический синдром
8.1.4.1	Этиология
8.1.4.2	Патогенез
8.1.4.3	Диагностика
8.1.4.3.1	Клиническая
8.1.4.3.2	Ультразвуковая
8.1.4.3.3	Лучевая
8.1.4.3.4	Функциональная
8.1.4.4	Лечение
8.1.4.4.1	Консервативное
8.1.4.4.2	Хирургическое
8.1.4.5	Экспертиза трудоспособности
8.1.5	Острый тромбоз системы верхней полой вены
8.1.5.1	Этиология
8.1.5.2	Патогенез и патофизиология нарушений гемодинамики
8.1.5.3	Классификация
8.1.5.4	Диагностика
8.1.5.4.1	Клиническая
8.1.5.4.2	Лучевая
8.1.5.4.3	Магнитно-резонансная томография
8.1.5.4.4	Функциональная
8.1.5.5	Лечение
8.1.5.5.1	Принципы консервативной терапии
8.1.5.5.2	Хирургическое лечение
8.1.5.5.2.1	Показания
8.1.5.5.2.2	Реконструктивные сосудистые операции
8.1.5.5.2.3	Паллиативные операции
8.2	Заболевания артериальной системы
8.2.1	Облитерирующий тромбангиит
8.2.1.1	Этиология
8.2.1.2	Патогенез
8.2.1.3	Классификация
8.2.1.4	Клиника
8.2.1.5	Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография)
8.2.1.6	Лечение
8.2.1.6.1	Консервативное

8.2.1.6.2	Хирургическое (паллиативные и реконструктивные операции)
8.2.1.6.2.1	Показания и противопоказания
8.2.1.6.2.2	Хирургическая тактика
8.2.1.7	Диспансеризация
8.2.1.8	Экспертиза трудоспособности
8.2.2	Облитерирующий атеросклероз
8.2.2.1	Этиология
8.2.2.3	Клиника
8.2.2.4	Диагностика (ультразвуковые методы)
8.2.2.5	Лечение
8.2.2.5.1	Консервативное. Реабилитация. ЛФК
8.2.2.5.2	Хирургическое. Реабилитация. ЛФК
8.2.2.5.2.1	Показания и противопоказания
8.2.2.5.2.2	Хирургическая тактика
8.2.2.6	Диспансеризация больных
8.2.2.7	Экспертиза трудоспособности
8.2.3.	Артерио-венозные аневризмы
8.2.3.1	Классификация
8.2.3.2	Этиология
8.2.3.3	Патогенез
8.2.3.4	Клиника
8.2.3.5	Диагностика (ультразвуковая, контрастная ангиография)
8.2.4	Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей
8.2.4.1	Терминология
8.2.4.2	Этиология и патогенез острой ишемии
8.2.4.3	Степени острой ишемии
8.2.4.4	Клиника острой ишемии
8.2.4.5	Диагностика
8.2.4.5.1	Клиническая
8.2.4.5.2	Ангиография
8.2.4.5.3	Рентгеноконтрастная ангиография
8.2.4.6	Дифференциальная диагностика
8.2.4.7	Показания и противопоказания к операциям на артериях конечности
8.2.4.8	Принципы консервативного лечения
8.2.4.9	Виды операций
8.2.4.10	Показания к ампутациям
8.2.4.11	Ведение послеоперационного периода, осложнения
8.2.4.12	Реабилитация
8.2.4.13	Экспертиза трудоспособности
8.2.5	Острые нарушения мезентериального кровообращения
8.2.5.1	Этиология
8.2.5.2	Патогенез
8.2.5.3	Клиника
8.2.5.4	Диагностика
8.2.5.5	Лечение
8.2.6	Тромбоэмболия легочной артерии
8.2.6.1	Этиология
8.2.6.2	Патогенез
8.2.6.3	Патоморфология расстройств гемодинамики
8.2.6.4	Формы клинического течения
8.2.6.5	Диагностика (эхокардиография, ангиопульмонография)
8.2.6.6	Профилактика
8.2.6.7	Лечение
8.2.6.7.2	Хирургическое
8.3	Повреждения кровеносных сосудов
8.3.1	Виды сосудистой травмы
8.3.1.1	Диагностика
8.3.1.1.1	Клиническая
8.3.1.1.2	Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография)
8.3.1.1.3	Функциональная диагностика
8.3.2	Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов
8.3.2.1	Способы временной остановки кровотечения
8.3.2.2	Лечение геморрагического шока

8.3.2.3	Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности)
8.3.2.4	Показания к перевязки сосудов
8.3.2.5	Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов
8.3.2.6	Восстановление проходимости сосудов
8.3.2.6.1	Циркулярный сосудистый шов
8.3.2.6.2	Боковой сосудистый шов
8.3.2.6.3	Восстановление проходимости артерии за счет боковой ее ветви
8.3.2.6.4	Трансплантация и протезирование сосудов
8.3.2.6.5	Шунтирование сосудов
8.3.2.6.6	Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде
8.3.2.6.7	Послеоперационное ведение
8.3.2.7	Экспертиза трудоспособности
8.4	Заболевания лимфатической системы конечностей
8.4.1	Лимфедема
8.4.1.1	Этиология
8.4.1.2	Патогенез
8.4.1.3	Клиника
8.4.1.4	Диагностика
8.4.1.5	Лечение
8.4.1.5.1	Консервативное
8.4.1.5.2	Хирургическое
8.4.1.6	Диспансеризация больных
8.4.2	Лимфангоит
8.4.2.1	Этиология
8.4.2.2	Патогенез
8.4.2.3	Клиника
8.4.2.4	Диагностика
8.4.2.5	Лечение
8.4.2.6	Профилактика
8.4.3	Лимфаденит
8.4.3.1	Этиология
8.4.3.2	Патогенез
8.4.3.3	Клиника
8.4.3.4	Диагностика
8.4.3.5	Лечение

## Раздел 9

### Рабочая программа учебного модуля 3"Смежные дисциплины" «Хирургия органов эндокринной системы»

9.	«Хирургия органов эндокринной системы»
9.1	Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы
9.1.1	Тиреотоксикоз
9.1.1.1	Этиология
9.1.1.2	Патогенез
9.1.1.3	Клиника
9.1.1.4	Диагностика и ее методы
9.1.1.4.1	Характерные изменения крови и мочи
9.1.1.4.2	Интерпретация лучевых методов исследования органов шеи и грудной клетки
9.1.1.4.3	Оценка радиоизотопных методов исследования
9.1.1.4.4	Значение ларингоскопии
9.1.1.4.5	Оценка результатов биопсии
9.1.1.5	Лечение
9.1.1.5.1	Консервативное
9.1.1.5.2	Радиоизотопное
9.1.1.5.3	Хирургическое
9.1.1.6	Типы операций и показания к их выполнению
9.1.1.9	Осложнения
9.1.1.10	Отдаленные результаты
9.1.2	Эндемический зоб
9.1.2.1	Классификация
9.1.2.2	Этиология

9.1.2.3	Патогенез
9.1.2.4	Клиника зоба
9.1.2.5	Профилактика
9.1.2.6	Показания к операции
9.1.2.7	Виды и объем операции
9.1.3	Узловой зоб
9.1.3.1	Этиология
9.1.3.2	Патогенез
9.1.3.3	Клиника
9.1.3.4	Диагностика
9.1.3.5	Показания к операции
9.1.3.6	Обезболивание
9.1.3.7	Типы операций
9.1.3.8	Осложнения
9.2	Метаболический синдром
9.2.1	Методы определения индекса массы тела
9.2.2	Консервативное лечение ожирения
9.2.3	Оперативное лечение избытка массы тела
9.3	«Основы онкологии»
9.3.1	Основные принципы диагностики онкологических заболеваний
9.3.1.1	Общие принципы лечения (понятие о комбинированном и комплексном лечении)
9.3.2	Принципы хирургического лечения
9.3.2.1	Органосохраняющие операции
9.3.2.2	Радикальные операции
9.3.2.3	Паллиативные операции
9.3.2.4	Расширенные операции
9.3.4	Рак желудка
9.3.4.1	Этиология, предраковые заболевания
9.3.4.2	Классификация
9.3.4.3	Хирургическое лечение
9.3.4.3.1	Объем хирургического лечения в зависимости от локализации опухоли и стадии.
9.3.4.3.2	Варианты лимфодиссекции
9.3.5	Опухоли ободочной кишки
9.3.5.1	Осложнения (кишечная непроходимость, перфорации).
9.3.5.2	Объем оперативного лечения в зависимости локализации и стадии заболевания.
9.3.5.3	Особенности лимфодиссекции
9.3.5.4	Особенности стомирования ободочной кишки
9.4	Клиническая трансфузиология
9.4.1	Трансфузионные среды
9.4.2	Классификация современных трансфузионных сред по механизму действия и патогенетической направленности
9.4.2.1	Кровезаменители (гемокорректоры)
9.4.2.2	Кровезаменители гемодинамического действия;
9.4.2.3	Кровезаменители дезинтоксикационного действия
9.4.2.4	Кровезаменители для парентерального питания
9.4.2.5	Корректоры кислотно-щелочного и водно-солевого баланса
9.4.3	Задачи и цели трансфузионной терапии
9.4.3.1	Основные направления трансфузионного воздействия
9.4.3.2	Увеличение дыхательной способности крови соединения (перфторан)
9.4.3.3	Борьба с шоком и гиповолемией
9.4.3.4	Гемодилуция
9.4.3.5	Дезинтоксикация
9.4.3.6	Воздействие на органы и системы с целью их стимуляции и повышения процессов регенерации
9.4.3.7	Усиление диуреза
9.4.3.8	Парентеральное питание
9.4.3.9	Повышение иммунореактивности организма
9.4.3.10	Остановка кровотечения
9.4.4	Гемотрансфузионные осложнения профилактика
9.4.4.1	Гемотрансфузионные реакции
9.4.4.2	Методы раннего неотложного лечения гемотрансфузионных осложнений
9.4.4.3	Методы профилактики посттрансфузионных осложнений в учреждениях службы крови и лечебных учреждениях

9.4.5	Некоторые частные вопросы инфузионной терапии
-------	---

**Раздел 10**  
**«Обучающий симуляционный курс»**

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
10	Лапароскопическое оборудование и инструментарий. Видеосистемы и эндоскопы
10.1	Лапароскопические инструменты
10.1.1	Сравнительная оценка различных видов энергии, применяемых в эндохирургии.
10.1.2	Электрохирургия, ультразвуковая хирургия.
10.1.3	Основы эндохирургических вмешательств.
10.2.2	Методы наложения пневмоперитонеума, пневмоторакса,
10.2.2.1	Эндохирургия малых клетчаточных пространств
10.2.2.2	Электрохирургия
10.2.2.3	Методы соединения тканей в эндохирургии
10.2.2.4	Эндохирургический шов
10.2.2.5	Методы окончания лапароскопических вмешательств
10.2.2.6	Ошибки и опасности лапароскопии
10.2.2.7	Экстренные и плановые лапароскопии
10.2.2.8	Видеолапароскопия в абдоминальной хирургии
10.2.3	Желчекаменная болезнь с точки зрения эндохирургии
10.2.3.1	Желчекаменная болезнь: лапароскопическое лечение холедохолитиаза
10.2.3.2	Техника лапароскопической холецистэктомии
10.2.3.3	Техника лапароскопических вмешательств на холедохе
10.2.3.4	Ошибки и опасности лапароскопической холецистэктомии
10.2.3.5	Лапароскопическая аппендэктомия
10.2.3.6	Лапароскопическая герниопластика
10.2.3.7	Лапароскопические вмешательства при прободной язве желудка и 12п к
10.2.3.8	Лапароскопические операции на кишечнике
10.2.3.9	Лапароскопия при кишечной непроходимости
10.2.3.10	Техника лапароскопической операция при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
10.2.3.11	Эндохирургическое лечение перитонита
10.2.3.12	Способы дренирования грудной и брюшной полости после лапароскопических вмешательств
10.2.3.13	Диагностика и эндохирургическое лечение послеоперационных осложнений
10.2.3.14	Эндохирургия малых клетчаточных пространств
10.2.4	Особенности хирургической техники при Эндохирургия малых клетчаточных пространств
10.2.4.1	Лапароскопическая адреналэктомия
10.2.4.2	Гибридные операции в хирургии (ручное ассистирование). Показания и противопоказания. Технические особенности.
10.2.4.3	Видеолапароскопия в колопроктологии
10.2.5	Анатомия ободочной и прямой кишки. Рак ободочной кишки. Хирургическое лечение рака ободочной кишки.
10.2.5.1	Лапароскопические операции на толстой кишке. Технические особенности выполнения лапароскопических операций на толстой и прямой кишке.
10.2.5.2	Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия. Лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия. Передняя резекция прямой кишки.
10.2.5.3	Видеолапароскопия в гинекологии
10.2.6	Хирургическая анатомия малого таза женщины.
10.2.6.1	Лапароскопические возможности при трубно-перитонеальном бесплодии. Хирургические осложнения вспомогательных репродуктивных технологий.
10.2.6.2	Технические аспекты лапароскопической миомэктомии
10.2.6.3	Общие принципы гистероскопии и гистерорезектоскопии. Биполярная гистерорезектоскопия. Осложнения гистероскопии и гистерорезектоскопии.
10.2.6.4	Лапароскопия в экстренной гинекологии:
10.2.6.5	Внематочная беременность,

11	Раздел 11 «Неотложная хирургическая помощь у детей»
11.1	Физикальные методы исследования в детской хирургии
11.1.1	Осмотр, аускультация, пальпация и перкуссия при обследовании ребенка с хирургической патологией
11.1.2	Особенности у новорожденных детей
11.1.3	Ректальное пальцевое исследование
11.1.4	Оценка полученных данных
11.2	Интраскопические методы исследования
11.2.1	Рентгенологические методы исследования
11.2.1.1	Обзорная рентгенография органов грудной полости
11.2.1.1.1	Трактовка рентгенологической картины
11.2.1.2.	Обзорная рентгенография органов брюшной полости и забрюшинного пространства
11.2.1.2.1	Трактовка полученных данных
11.2.1.3	Рентгенография костной системы
11.2.1.4	Томография и ренография. КТ и МРТ
11.2.1.4.1	Трактовка полученных данных
11.3	Информативность, последовательность и сочетанность специальных методов исследования в детской хирургии
11.3.1.	Заболевания органов грудной полости
11.3.2.	Заболевания органов брюшной полости
11.3.3.	Заболевания органов забрюшинного пространства и малого таза
11.3.4.	Костная система
11.4	Закрытые и открытые повреждения грудной клетки у детей
11.4.1.	Классификация повреждений грудной клетки
11.4.2.	Механизм повреждений грудной клетки
11.4.3.	Виды пневмоторакса
11.4.3.1.	Пневмоторакс закрытый
11.4.3.2.	Пневмоторакс открытый
11.4.3.3.	Пневмоторакс клапанный
11.4.3.4.	Пневмоторакс напряженный
11.4.4.	Эмфизема средостения
11.4.4.1.	Диагностика и лечение
11.4.5.	Травматическая асфиксия
11.4.5.1.	Диагностика и лечение
11.4.6.	Гемоторакс
11.4.6.1.	Механизм возникновения
11.4.6.2.	Виды гемоторакса
11.4.7.	Ранения и разрывы легкого
11.4.7.1.	Травматические пневмонии
11.4.7.2.	Лечение травматической пневмонии
11.4.8.	Повреждения сердца при проникающем ранении
11.4.8.1.	Клиника повреждения сердца и крупных сосудов
11.4.8.2.	Диагностика

**Раздел 11**  
**Рабочая программа учебного модуля 3 "Смежные дисциплины"**  
**«Неотложная хирургическая помощь у детей»**

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
11.4.8.3.	Лечение повреждений сердца
11.5	Травма органов брюшной полости
11.5.1.	Классификация повреждений органов брюшной полости
11.5.2.	Значение специальных методов обследования
11.5.2.1.	Рентгенологический
11.5.2.2.	Лапароцентез
11.5.2.3.	Лапароскопия
11.5.3.	Повреждения паренхиматозных органов
11.5.3.1.	Повреждения селезенки
11.5.3.2	Повреждения печени
11.5.3.3	Повреждения поджелудочной железы
11.5.4.	Повреждения полых органов
11.5.4.1.	Повреждения желудка
11.5.4.2.	Травма двенадцатиперстной кишки
11.5.4.4.	Повреждение кишечника
11.5.5.	Инородные тела желудочно-кишечного тракта
11.5.5.1.	Клинические проявления
11.5.5.2.	Методы лечения
11.6	Интенсивная терапия и реанимация у детей
11.6.1	Первичная реанимация
11.6.2	Принципы посиндромной терапии
11.6.2.1	Острая дыхательная недостаточность
11.6.2.2	Острая сердечно-сосудистая недостаточность
11.6.2.3	Гипертермия. Гипотермия
11.6.2.4	Судорожный синдром
11.6.2.5	Острая надпочечниковая недостаточность и синдром Уотерхауса-Фридериксена
11.6.2.6	Шок.Патофизиология, классификация и принципы терапии
11.6.2.7	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание. Синдромы тромбофилии.
11.7	Дифференциальная диагностика и терапия коматозных состояний
11.7.1	Гипоксическая кома
11.7.2	Уремическая кома
11.7.3	Печеночная кома
11.7.4	Диабетические комы
11.7.5	Коматозные состояния при внутричерепных кровоизлияниях
11.8	Острые отравления в детском возрасте
11.9	Неотложная помощь при травмах, ожогах, отморожении, утоплении, укусах змей и насекомых
11.10	Нарушения водно-солевого обмена у детей

**Раздел 12**  
**Рабочая программа учебного модуля 3 "Смежные дисциплины"**  
**«Торакальная хирургия»**

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
12	СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ
12.1	Раздел «Торакальная хирургия»

12.1.1.3.4.3	Бронхография
12.1.1.3.4.4	Томография
12.1.1.3.4.5	Бактериологическое исследование мокроты
12.1.1.3.5	Дифференциальная диагностика
12.1.1.4	Спонтанный пневмоторакс
12.1.1.4.1	Этиология
12.1.1.4.2	Патогенез
12.1.1.4.3	Клиника
12.1.1.4.4	Диагностика (методика рентгенологического обследования, торакоскопия, диагностическая плевральная пункция)
12.1.1.4.5	Врачебная тактика
12.1.1.4.5.1	Дренирование плевральной полости
12.1.1.4.5.2	Показания к постановке второго дренажа
12.1.1.4.5.3	Ведение дренажной системы
12.1.1.4.5.4	Показания к хирургическому лечению
12.1.1.5	Легочное кровотечение
12.1.1.5.1	Этиология
12.1.1.5.2	Классификация
12.1.1.5.3	Методы диагностика
12.1.1.5.4	Консервативное лечение
12.1.1.5.4.1	Гемостатические медикаментозные средства
12.1.1.5.4.2	Бинтование конечностей
12.1.1.5.5	Хирургическое лечение
12.1.1.5.5.1	Эмболизация бронхиальных артерий
12.1.1.5.5.2	Тампонада бронхов
12.1.1.5.6	Виды операций при легочном кровотечении
12.1.1.5.6.1	Перевязка легочных сосудов
12.1.1.5.6.2	Тампонада полости в легком
12.1.1.5.6.3	Радикальные операции (резекции легкого, пневмонэктомия)
12.1.1.5.7	Осложнения во время операции, их профилактика лечение
12.1.1.5.8	Послеоперационное ведение, его особенности

**Раздел 13**  
**Рабочая программа учебного модуля 3 "Смежные дисциплины"**  
**«Неотложная помощь в урологии»**

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
13.1	Острый пиелонефрит
13.1.1	Этиология
13.1.2	Патогенез
13.1.3	Классификация
13.1.4	Клиника
13.1.5	Диагностика
13.1.6	Дифференциальная диагностика с острыми заболеваниями органов брюшной полости
13.1.7	Осложнения
13.1.8	Неотложная помощь
13.2	Мочекаменная болезнь
13.2.1	Этиология
13.2.2	Патогенез
13.2.2.1	Механизмы камнеобразования



13.2.2.2	Патоморфологические и патофизиологические изменения в почках и мочевых путях при уролитиазе и его осложнениях
13.2.3	Почечная колика
13.2.3.1	Клиника
13.2.3.2	Диагностика
13.2.3.3	Дифференциальная диагностика с: <ul style="list-style-type: none"> <li>- острым аппендицитом;</li> <li>- острым холециститом;</li> <li>- острым панкреатитом;</li> <li>- кишечной непроходимостью</li> </ul>
13.2.4	Острая почечная недостаточность при уролитиазе
13.2.4.1	Острая задержка мочи
13.3.1	Дифференциальная диагностика анурий
13.3.2	Неотложная помощь
13.3.2.1	Катетеризация мочевого пузыря
13.3.2.2	Цистостомия (троакарная, оперативная)
13.3.2.3	Капиллярная пункция мочевого пузыря
13.4	Травма почек и верхних мочевых путей
13.4.1	Классификация
13.4.2	Клиника
13.4.3	Диагностика
13.4.4	Неотложная помощь
13.4.5	Оперативное лечение
13.4.5.1	Наложение гемостатических швов
13.4.5.2	Нефростомия
13.4.5.3	Нефрэктомия при раздробленной почке и отрыве почки
13.5	Травма мочевого пузыря
13.5.2	Клиника
13.5.3	Диагностика вне- и внутрибрюшных разрывов мочевого пузыря
13.5.4	Неотложная помощь
13.5.4.1	Лечение оперативное
13.5.4.2	Дренирование мочевого пузыря

**Раздел 14**  
**Рабочая программа учебного модуля 3 "Смежные дисциплины"**  
**«Основы травматологии»**

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.
14.1	Травма черепа и головного мозга
14.1.1	Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника
14.1.2	Диагностика (МРТ, КТ, Эхо-ЭГ скопия)
14.1.3	Лечение. Комплексное. Экстренное оперативное
14.1.4	Последствия черепно-мозговой травмы
14.1.5	Ошибки в диагностике, лечении и прогнозе
14.2	Травмы позвоночника и спинного мозга
14.2.1	Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника
14.2.1	Диагностика (ФРИ, МРТ, КТ)
14.2.3	Лечение. Функциональное. Оперативное
14.2.4	Последствия травмы позвоночника и спинного мозга
14.2.5	Ошибки в диагностике и лечении травмы позвоночника и спинного мозга
14.2.3	Травма таза
14.2.3.1	Классификация. Механизм повреждения

14.2.3.2	Клиника
14.2.3.3	Диагностика
14.2.3.4	Лечение. Скелетное вытяжение. Наложение спицевых и стержневых аппаратов КДО (компрессионно-дистракционного остеосинтеза)
14.2.3.5	Сочетанные повреждения таза
14.2.4	Травма конечностей
14.2.4.1	Травма верхней конечности и плечевого пояса
14.2.4.1.1	Повреждение акромеально-ключичного и стернально-ключичного сочленений
14.2.4.1.2	Переломы ключицы. Методы лечения
14.2.4.1.3	Переломы лопатки. Методы лечения
14.2.4.1.4	Вывихи плеча. Методы диагностики и вправление
14.2.4.1.5	Переломы плечевой кости. Консервативное и оперативное лечение
14.2.4.1.6	Вывихи и переломы локтевого сустава. Методы лечения
14.2.4.1.7	Переломы костей предплечья. Консервативное и оперативное лечение
14.2.4.1.8	Перелом лучевой кости в типичном месте
14.2.4.1.9	Переломы костей пястья и запястья
14.2.4.1.10	Открытые повреждения сухожилий пальцев и хирургическая тактика лечения в зависимости от уровня повреждений различных сегментов конечности, программа реабилитации поврежденного сегмента
14.2.4.2	Травма нижней конечности
14.2.4.2.1	Вывих бедра. Методы вправления
14.2.4.2.2	Переломы проксимального отдела бедренной кости (шейки, межвертельный, чрезвертельный, подвертельный). Диагностика. Лечение
14.2.4.2.3	Переломы диафиза бедра. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.4	Перелом мыщелков бедра, перелом надколенника. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.5	Повреждение мышц бедра. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.6	Повреждения коленного сустава. Повреждения мыщелков, крестообразных связок, внутренней и наружной связок. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.7	Переломы проксимального отдела большеберцовой кости, переломы диафиза большеберцовой кости. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.8	Перелом лодыжек голеностопного сустава, перелом ладьевидной, таранной и пяточной костей. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.9	Повреждения мышц голени, повреждения ахиллова сухожилия. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.10	Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев стопы. Диагностика. Лечение
14.2.4.2.11	Основные принципы применения спицевых и спице-стержневых аппаратов компрессионно-дистракционного остеосинтеза
14.2.4.2.12.	Реабилитация при повреждении нижней конечности
14.2.5	Травматический шок
14.2.5.1	Классификация и патогенез
14.2.5.2	Клиника и фазы травматического шока

## Учебно-методические материалы

### Тематика лекционных занятий:

№ п/п	Часы	Тема лекции	Содержание лекции (указываются соответствующие)	Формируемые компетенции
-------	------	-------------	---	-------------------------

			коды)	
1		3	4	5
1	4	Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов брюшной полости	1.1.3.4.1	УК1;УК2;УК3;ПК1;ПК2;
		<b>Неотложная хирургия</b>		
2	12	хирургические заболевания желудка	2.1.1.10.32.1.1.12. 1 .1.1.13.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
3	12	хирургические заболевания я кишечника и брыжейки	3.43.4.4.5.3.5.9.33. 8.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
4	12	хирургические заболевания печени и желчн. путей	4.1.1.1.6.14.1.1.1.6 .2 4.1.1.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
5	12	хирургические заболевания поджелуд. железы	4.1.1.2.2.4.7	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
6	12	заболевания и повреждения сосудов	8.1.38.1.48.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
7	12	заболевания органов грудной клетки	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
8	12	травмы живота	6.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
9	12	травмы грудной клетки	6.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
10		<b>Плановая хирургия</b>		
		Хирургия печени и желчевыводящих путей	6.14.1.1.1.6.2.12	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
11	16	Хирургия желудка и 12-перстной кишки	2.1.1.13.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
12	8	Хирургия грыж	5.1.135.3.3.15.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
13	4	Хирургия легких и плевры	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
14	4	<b>"Смежные дисциплины"</b>		
		Онкология	9.3.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
15	5	Ожоги и ожоговая болезнь. Отморожения	9.3.4.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
16	6	Урология	9.3.4.3.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
17	4	Эндокринная хирургия	9.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
18	2	Клиническая трансфузиология	9.4.2.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
19	4	Хирургия детского возраста	9.4.3.6	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
20	6	Основы травматологии	9.4.4.3	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
21	6	<b>Симуляционный курс</b>		
		Общая техника хирургических эндоскопических процедур	10.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8

22	2	Лапароскопическая холецистэктомия	10.1.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
23	2	Острый аппендицит	10.1.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
24	1	Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.	10.1.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8

**Тематика семинарских занятий:**

№ п/п	Часы	Тема семинара	Содержание семинара(указываются соответствующие коды)	Формируемые компетенции
1		3	4	5
1	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия органов брюшной полости	1.1.3.4.1	УК1;УК2;УК3;ПК1;ПК2;
		<b>Неотложная хирургия</b>		
2	8	хирургические заболевания желудка	2.1.1.10.3 2.1.1.12.1 .1.1.13.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
3	8	хирургические заболевания я кишечника и брыжейки	3.4 3.4.4.5. 3.5.9.3 3.8.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
4	8	хирургические заболевания печени и желчн. путей	4.1.1.1.6.1 4.1.1.1.6.2 4.1.1.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
5	8	хирургические заболевания поджелуд. железы	4.1.1.2.2.4.7	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
6	4	заболевания и повреждения сосудов	8.1.3 8.1.4 8.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
7	4	заболевания органов грудной клетки	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
8	8	травмы живота	6.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
9	8	травмы грудной клетки	6.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
10		<b>Плановая хирургия</b>		
	8	Хирургия печени и желчевыводящих путей	6.1 4.1.1.1.6.2.12	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
11	2	Хирургия желудка и 12-перстной кишки	2.1.1.13.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
12	2	Хирургия грыж	5.1.13 5.3.3.1 5.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
13	4	Хирургия легких и плевры	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
14		<b>"Смежные дисциплины"</b>		

	7	Онкология	9.3.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
15	6	Ожоги и ожоговая болезнь. Отморожения	9.3.4.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
16	6	Урология	9.3.4.3.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
17	4	Эндокринная хирургия	9.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
18	4	Клиническая трансфузиология	9.4.2.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
19	7	Хирургия детского возраста	9.4.3.6	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
20	7	Основы травматологии	9.4.4.3	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8

### Тематика практических занятий

№ п/п	Часы	Тема практического занятия	Содержание практического занятия (указываются соответствующие коды)	Формируемые компетенции
1		3	4	5
1		<b>Неотложная хирургия</b>		
	12	хирургические заболевания желудка	2.1.1.10.3 2.1.1.12.1 .1.1.13.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
2	12	хирургические заболевания я кишечника и брыжейки	3.4 3.4.4.5. 3.5.9.3 3.8.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
3	12	хирургические заболевания печени и желчн. путей	4.1.1.1.6.1 4.1.1.1.6.2 4.1.1.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
4	12	хирургические заболевания поджелуд. железы	4.1.1.2.2.4.7	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
5	8	заболевания и повреждения сосудов	8.1.3 8.1.4 8.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
6	8	заболевания органов грудной клетки	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
7	24	травмы живота	6.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
8	24	травмы грудной клетки	6.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
9		<b>Плановая хирургия</b>		
10	24	Хирургия печени и желчевыводящих путей	6.1 4.1.1.1.6.2.12	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
	8	Хирургия желудка и 12-перстной кишки	2.1.1.13.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
11	12	Хирургия грыж	5.1.13 5.3.3.1 5.5	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
12	8	Хирургия легких и плевры	6.4	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
13		<b>"Смежные дисциплины"</b>		

14	24	Онкология	9.3.2.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
	6	Ожоги и ожоговая болезнь. Отморожения	9.3.4.	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
15	20	Урология	9.3.4.3.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
16	2	Эндокринная хирургия	9.1	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
17		Клиническая трансфузиология	9.4.2.2	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
18	26	Хирургия детского возраста	9.4.3.6	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
19	26	Основы травматологии	9.4.4.3	ПК-2;ПК-5;ПК-6;ПК-8
20		<b>Симуляционный курс</b>		
21	4	Общая техника хирургических эндоскопических процедур	10.1	УК1,УК2,УК3, ПК7;ПК5;ПК-6;
	4	Лапароскопическая холецистэктомия	10.1.4	УК1,УК2,УК3, ПК7;ПК5;ПК-6;
22	2	Острый аппендицит	10.1.4	УК1,УК2,УК3, ПК7;ПК5; ПК-6;
23	2	Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.	10.1.4	УК1,УК2,УК3, ПК7;ПК5; ПК-6;
24				

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 4  
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»  
- ОБРАБОТКА НАВЫКОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Место проведения – Научно- образовательный аккредитационный, Кафедра Медицинской симуляции и учебной практики ФГБОУ ВО ДГМУ, пр-т И. Шамиля 44/2.

Основной **целью** обучающего симуляционного курса является углубленная подготовка специалиста к самостоятельной практической деятельности, выполнению лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи в полном объеме в соответствии с освоенными знаниями.

Прохождение обучающего симуляционного курса способствует приобретению и повышению профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности.

Слушатель должен знать и уметь использовать: эндохирургическое оборудование и инструментарий. Владеть навыками выполнения основных эндохирургических манипуляций – доступов в полости, диссекции, лигирования, эндоскопической электрохирургии, гемостаза.

**Симуляционное оборудование**

**Симулятор для обучения эндоскопической хирургии и отработки техники выполнения лапароскопических операций LAP Mentor.**

**Модули по обучению базовым навыкам**

- Базовые навыки в лапароскопии
- Базовые навыки по наложению швов
- Углубленные навыки по наложению швов

## **Общая хирургия**

- Процедурные задачи
- лапароскопическая холецистэктомия
- Холангиография
- Аппендэктомия
- Послеоперационная грыжа

### **Должен владеть основами техники и методологией эндохирургических операций:**

#### **1. Общая техника хирургических эндоскопических процедур.**

1.1. Выбор рациональных точек введения троакаров. Косметический кожный умбиликальный разрез, его выполнение, расширение. Техника введения иглы Veress, проведения контрольных проб. Инсуффляция газа, его удаление в конце операции. Техника введения троакаров - одноразовых и многоразовых. Техника дренирования брюшной полости.

1.2. Клиническое применение электрохирургии. Работа в режимах «резание» и «коагуляция». Использование электрокрючка, лопаточки, ножниц и зажимов. Меры предосторожности и техника безопасности.

1.3. Техника диссекции и соединения тканей. Использование клип-аппликаторов. Техника остановки кровотечения. Промывание брюшной полости и аспирация жидкости.

1.4. Работа с лигатурным и шовным материалом в брюшной полости. Проведение лигатур и шовных игл в брюшную полость. Фиксация игл в иглодержателе, прошивание тканей, выведение иглы из брюшной полости. Техника непрерывного шва. Техника интракорпорального и экстракорпорального завязывания узлов.

1.5. Извлечение тканей и органов из брюшной полости после удаления. Использование пластиковых контейнеров.

1.6. Осложнения в эндоскопической хирургии, их профилактика и устранение. Кровотечение. Перфорация полых органов. Электроожоги тканей.

#### **2. Лапароскопическая холецистэктомия.**

2.1. Показания, противопоказания. Точки введения троакаров: "американский" и "французский" способы. Взятие пузыря на зажимы. Рассечение спаек. Диссекция и пересечение пузырного протока и артерии. Отделение пузыря от печени. Использование электрокрючка и ножниц. Санация подпеченочного пространства. Осмотр ложа пузыря и окончательный гемостаз. Захват и извлечение пузыря. Необходимость дренирования.

2.2. Особенность операции при остром холецистите. Гидродиссекция. Осложнения при холецистэктомии. Тактика при перфорации пузыря и диссеминации конкрементов по брюшной полости. Особенности дренирования при остром холецистите. Ведение послеоперационного периода.

#### **3. Острый аппендицит.**

Показания, противопоказания к применению лапароскопической технологии при остром аппендиците. Выбор точек введения инструментов. Взятие отростка на зажимы. Использование лигатурного метода фиксации отростка. Диссекция брыжейки: перевязка лигатурой, клипирование, электрокоагуляция. Обработка культи отростка: эндостейплер, клипсы, лигатура, наложение кисетного шва. Методы завершения операции: извлечение отростка, необходимость дренирования.

#### **4. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Показания и противопоказания к применению лапароскопической технологии. Выбор точек введения троакаров. Ревизия желудка и двенадцатиперстной кишки, выявление места перфорации. Ушивание перфорации. Санация брюшной полости, дренирование.

## 2.4 Оценка качества освоения программы

### 2.4.1 Формы промежуточной (ПА) и итоговой аттестации (ИА).

#### 2.4.1.1 Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА- по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА - зачёт. Зачёт проводится посредством тестового контроля письменно или на бумажном носителе, в виде собеседования, проверки практических умений, решения ситуационных задач по темам учебного модуля;

- в виде итоговой аттестации. Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП.

Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля на бумажном или электронном носителе, решения одной ситуационной задачи письменной собеседования с обучающимся.

### 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы

По результатам любого из видов аттестационных испытаний, включенных в итоговую аттестацию, выставляются отметки по четырехбалльной системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

При осуществлении уровня оценки сформированности компетенций, умений и знаний обучающихся и выставлении отметки может использоваться «принцип сложения»:

– отметка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не справившемуся с выполнением итоговой аттестационной работы;

– отметку «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе. Как правило, отметка «удовлетворительно» выставляется слушателям, допустившим погрешности в итоговой квалификационной работе;

– отметку «хорошо» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), предусмотренных



программой, изучивших литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности; – отметку «отлично» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых результатов (знаний, умений, компетенций), всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций; умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

**Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения рабочей программы дисциплины**

Раздел дисциплины	Наименование раздела дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Формы контроля
1	2	3	4
Неотложная хирургия	Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующихся острыми болями в правой подвздошной области	ПК-5 ПК-6	Знать основные симптомы острого аппендицита Уметь выявить основные симптомы острого аппендицита Владеть алгоритмом действий при выявлении острого аппендицита <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Тесты № 1-67 по данной теме Практические навыки № 9,10 Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме
	Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующихся разлитыми болями в животе	ПК-5 ПК-6	Знать основные симптомы ургентной хирургической патологии Уметь выявить основные симптомы перитонита Владеть алгоритмом действий при выявлении перитонита <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Тесты № 1-67 по данной теме Практические навыки № 9,10 Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме
	Дифференциальная диагностика кишечных	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и

	непроходимостей		<p>параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть технологией подготовки Пациента к эндоскопическим, лучевым и другим методам обследования.</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией</p> <p><b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией</p> <p>Владеть лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</p> <p>Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме</p> <p>Практические навыки №10-13</p>
	<p>Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующихся острыми болями в правом подреберье</p> <p>Рассмотрение вопросов диагностики, дифференциальной диагностики и лечения острого холецистита,</p>	<p>ПК-5</p> <p>ПК-6</p>	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности</p> <p>Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть способностью к обобщению результатов</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией</p> <p><b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией</p> <p>Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b></p> <p>Знать основные причины появления ЖКБ</p> <p>Уметь профилактировать развитие ЖКБ</p> <p>Владеть способностью к составлению комплекса мер по профилакторованию ЖКБ</p> <p>Ситуационные задачи № 1-16 по данной теме</p> <p>Практические навыки № 1,2,6,7,13</p>
	<p>Дифференциальная диагностика острых болей в эпигастральной области</p> <p>Рассмотрение вопросов диагностики и</p>	<p>ПК-5</p> <p>ПК-6</p>	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности</p> <p>Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть способностью к обобщению результатов</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с</p>

	дифференциальной диагностики осложнений острого панкреатита, современное лечение		хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Практические навыки № 1,2,9,10,13
	Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.  Рассмотрение вопросов диагностики и лечения кровотечений при язвенной болезни, трещине кардии, , портальной гипертензии ,раке желудка и геморрагическом гастрите	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-50 Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме Практические навыки № 3,10,13
	Проблемные вопросы хирургического лечения ЯБДК , ЯБЖ и осложнений ЯБ  Показана к операции, разбор достоинств и недостатков органосохраняющих, органосохраняющих и резекционных вмешательств	ПК-5 ПК-6 ПК-8	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-38 Ситуационные задачи № 1-22 по данной теме Практические навыки № 3,13
Заболевания желудка	Болезни оперированного желудка  Рассмотрение	ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Знать основные симптомы заболеваний после операций на желудке Уметь выявить эти симптомы Владеть алгоритмом действий при

	<p>вопросов пострезекционных и постваготомически х расстройств</p>		<p>выявлении пострезекционных и постваготомических заболеваний <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией <b>Владеть лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Знать необходимость проведения профилактических осмотров для выявления пептических язв и рака культи оперированного желудка Уметь выявлять органические расстройства после операций на желудке. Владеть навыками обследования больных с пострезекционными расстройствами Тесты № 1-66 Ситуационные задачи № 1-17 по данной теме Практические навыки №10-13</p>
Грыжи	<p>Дифференциальна я диагностика пальпируемых опухолевидных образований передней брюшной стенки</p> <p>Рассмотрение вопросов диагностики грыж, липом, увеличенных лимфоузлов, варикозных узлов, вопросов ненатяжныхгернио пластик при наружных грыжах живота</p>	<p>ПК-2 ПК-5 ПК-6</p>	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов Знать алгоритм планового ведения больных с хирургической патологией <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией <b>Владеть лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Знать необходимость проведения профилактических осмотров для выявления наружных грыж живота Уметь выявлять канальные паховые грыжи Владеть навыками определения размеров грыжевых воро Тесты № 1-66 Ситуационные задачи № 1-17 по данной теме Практические навыки №10-13</p>
Заболевания сосудов	<p>Дифференциальна я диагностика заболеваний,</p>	<p>ПК-5 ПК-6 ПК-8</p>	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и</p>

	<p>характеризующихся острыми болями в конечностях (флеботромбозы и тромбофлебиты глубоких и поверхностных вен, артериальные тромбозы и эмболии)</p> <p>Освещение вопросов диагностики и дифференциальной диагностики артериальных тромбозов и эмболий</p>		<p>параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть способностью к обобщению результатов</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией</p> <p><b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией</p> <p>Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b></p> <p>Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме</p> <p>Практические навыки №11-13</p>
Заболевания щитовидной железы	<p>Дифференциальная диагностика заболеваний щитовидной железы</p> <p>Освещение вопросов диагностики и лечения зоба, тиреотоксикоза</p>	ПК-2 ПК-5 ПК-6	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности</p> <p>Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть способностью к обобщению результатов</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией</p> <p><b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией</p> <p>Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b></p> <p>Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме</p> <p>Практические навыки № 1,9,13</p>
Травма живота	<p>Дифференциальная диагностика закрытых травм живота</p> <p>Разбор вопросов диагностики и лечения повреждений полых и паренхиматозных органов</p> <p>Рассмотрение вопросов</p>	ПК-5 ПК-6	<p>Знать основные этапы диагностической деятельности</p> <p>Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного</p> <p>Владеть способностью к обобщению результатов</p> <p><b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией</p> <p><b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией</p> <p>Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b></p>

			Тесты № 1-32 Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме Практические навыки № 1,8,9,13
Заболевания тонкой кишки	Рассмотрение вопросов диагностики и хирургического лечения осложнений болезни Крон, дивертикулов тонкой кишки, острой и хронической ишемии, синдрома короткой кишки и доброкачественных опухолей кишки	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении</b> Тесты № 1-34 Ситуационные задачи № 1-12 по данной теме Практические навыки № 10,13
Заболевания толстой кишки	Дифференциальная диагностика заболеваний толстой кишки  Диагностика и лечение НЯК, болезни Крона, дивертикулярной болезни, рака и полипов толстой кишки	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-42 Ситуационные задачи № 1-19 по данной теме Практические навыки № 4,9,13
Заболевания печени и желчных протоков	Синдром механической желтухи, дифференциальная диагностика  Рассмотрение вопросов этиологии, диагностики,	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и

	дифференциальной диагностики и лечения механической желтухи		оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-32 Ситуационные задачи № 1-12 по данной теме Практические навыки № 1,2,6,9,12
Раздел гнойная хирургия	Дифференциальная диагностика заболеваний пальцев и кисти кожи и п/к клетчатки  Рассмотрение вопросов диагностики и лечения панарициев и флегмон кисти, фурункулов, карбункулов, гидраденита, флегмон и абсцессов	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-25 Ситуационные задачи № 1-15 по данной теме Практические навыки № 14
	Профилактика послеоперационных осложнений Хирургический сепсис  Вопросы профилактики стандартных послеоперационных осложнений. Диагностика и лечение хирургического сепсиса	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-42 Ситуационные задачи № 1-13 по данной теме Практические навыки № 15
Сосудистая хирургия	Дифференциальная диагностика заболеваний, с хроническими	ПК-5 ПК-6	Знать основные этапы диагностической деятельности Уметь собирать клинические и

	болями в нижних конечностях  Освещение вопросов диагностики и лечения облитерирующих заболеваний артерий, варикозной болезни и ПТФС		параклинические данные, анализировать результаты обследования у конкретного больного Владеть способностью к обобщению результатов <b>Знать</b> методы лечения больных с хирургической патологией <b>Уметь</b> проводить консервативное и оперативное лечение больных с общехирургической патологией Владеть <b>лечебным алгоритмом действий при выявлении хирургической патологии</b> Тесты № 1-66 Ситуационные задачи № 1-16 по данной теме Практические навыки № 13,14
--	---	--	---

## 2.5. Оценочные материалы

### **ПРИМЕРЫ!**

Для текущего контроля успеваемости дисциплине используют следующие оценочные средства:

#### СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО КОНТРОЛЬНЫМ ВОПРОСАМ

**Тема занятия № 1.** Аппендицит.

Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.

#### **Аппендицит.**

1. Анатомия и физиология червеобразного отростка.
2. Этиология и патогенез острого аппендицита.
3. Патанатомия и классификация острого аппендицита.
4. Клиника острого аппендицита.
5. Ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка: определение, клиника аппендицита и диагностика.
6. Тазовое расположение червеобразного отростка: особенности клиники и диагностики.
7. Особенности течения острого аппендицита у детей и в пожилом возрасте.
8. Особенности течения острого аппендицита при подпеченочном, срединном и левостороннем положении червеобразного отростка.
9. Острый аппендицит у беременных.
10. Диагностика острого аппендицита.
11. Осложнения острого аппендицита
12. Аппендикулярный инфильтрат: диагностика, лечебная тактика.
13. Аппендикулярный абсцесс: диагностика и лечебная тактика.
14. Пилефлебит: диагностика и лечение.
15. Лечение острого аппендицита.



16. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний мочевыводящей системы.
17. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний половой сферы.
18. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и перфоративной язвы желудка.
19. Хронический аппендицит.
20. Экспертиза трудоспособности при остром аппендиците.

**Критерии оценки текущего контроля успеваемости  
(собеседование по вопросам темы практического занятия):**

✓ «Отлично»:

Обучающийся имеет глубокие знания учебного материала по теме практического занятия, сформулировал полный и правильный ответ на вопросы темы занятия, с соблюдением логики изложения материала, показывает усвоение взаимосвязи основных понятий используемых в работе, смог ответить на все уточняющие и дополнительные вопросы. Демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия.

✓ «Хорошо»:

Обучающийся показал знание учебного материала, усвоил основную литературу, смог ответить почти полно на все заданные дополнительные и уточняющие вопросы. Демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия, допуская незначительные неточности.

✓ «Удовлетворительно»:

Обучающийся в целом освоил материал практического занятия, ответил не на все уточняющие и дополнительные вопросы. Затрудняется с правильной оценкой предложенной задачи, даёт неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя.

✓ «Неудовлетворительно»:

Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала практического занятия, полностью не раскрыл содержание вопросов, не смог ответить на уточняющие и дополнительные вопросы. Излагает неверную оценку ситуации, неправильно выбирает алгоритм действий.

**ТЕСТИРОВАНИЕ**

**Раздел 1. Аппендицит.**

Коды контролируемых компетенций: *ПК-5, ПК-6.*

**.Вариант 6**

Острый аппендицит

1. ИЗМЕНЕНИЕ ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АППЕНДИЦИТА МОЖЕТ ИМЕТЬ МЕСТО
- а) в поздние сроки заболевания
  - б) у больных детского (до 3-х лет) и старческого возраста
  - в) при атипичном положении червеобразного отростка
  - г) во всех случаях
  - д) только при б) и в)
2. ПЕРВИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ
- а) в поясничной области
  - б) в области пупка
  - в) в эпигастральной области
  - г) в низу живота
  - д) в правой подвздошной области
3. ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ТОЛЬКО
- а) разлитой перитонит
  - б) забрюшинная флегмона
  - в) межкишечный абсцесс
  - г) аппендикулярный инфильтрат
  - д) абсцесс дугласова пространства
4. В КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПОЛУЧИЛО ПРИЗНАНИЕ ПОНЯТИЕ
- а) аппендикулярная колика
  - б) катаральный аппендицит
  - в) флегмонозный аппендицит
  - г) гангренозный аппендицит
  - д) перфоративный аппендицит
5. ДЛЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) утолщение червеобразного отростка
  - б) тусклая серозная оболочка с множеством наполненных кровью мелких сосудов под ней, создающих впечатление яркой гиперемии
  - в) наличие серого или зеленого гноя в просвете отростка
  - г) отечная, ярко-красного цвета слизистой оболочкой
  - д) наличие умеренного количества прозрачного реактивного выпота в брюшную полость
6. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФЛЕГМОНОЗНОГО ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ
- а) значительного утолщения червеобразного отростка
  - б) резкого отека и яркой гиперемией серозной оболочки брыжейки отростка
  - в) наложения фибрина на червеобразный отросток, а возможно, и прилежащие петли кишечника
  - г) наличия сукровичного вида жидкости в просвете отростка
  - д) значительного мутного выпота в брюшную полость
7. НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ВЛИЯЕТ ТОЛЬКО
- а) возраст больного
  - б) длительность заболевания
  - в) локализация червеобразного отростка
  - г) пол больного
  - д) степень морфологических изменений в отростке
8. СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- а) Кохера - Волковича
  - б) Образцова
  - в) Ситковского
  - г) все указанные симптомы
  - д) ни один из них
9. ДЛЯ КАТАРАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СИМПТОМА
- а) Ровзинга

- б) Бартамье - Михельсона
- в) Воскресенского (симптом "рубашки")
- г) Ситковского
- д) Образцова

#### **Критерии оценки текущего контроля успеваемости (тесты):**

- ✓ «Отлично»: 100-90%
- ✓ «Хорошо»: 89-70%
- ✓ «Удовлетворительно»: 69-51%
- ✓ «Неудовлетворительно»: <50%

#### **ПРИМЕР!**

#### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО БЛОКАМ ДИСЦИПЛИНЫ**

##### **Раздел 1. Неотложная хирургия брюшной полости**

**Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.**

**Задача 1.** Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток.

В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед. помощью не обращалась. При осмотре состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости чаши Клойбера.

1. Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличие толстокишечной?
2. Клиника желчнокаменной непроходимости?
3. Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?
4. Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?
5. Какая кишечная непроходимость имеет идентичную клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью, тактика хирурга.

#### **Критерии оценки текущего контроля успеваемости (ситуационные задачи):**

- ✓ «Отлично»:  
 Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с правильным и свободным владением хирургической терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.
- ✓ «Хорошо»:  
 Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях, с единичными ошибками в использовании хирургических терминов; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.
- ✓ «Удовлетворительно»:  
 Ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода её решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях, в

использовании хирургических терминов; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками в деталях.

✓ **«Неудовлетворительно»:**

Ответ на вопрос задачи дан неправильный. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

**Текущий контроль успеваемости - проверка практических навыков**

1. Определение групп крови, резус-принадлежности, групповой и индивидуальной совместимости. Проведение биологической пробы.
2. Концевая илеостомия. Закрытие илеостомы. Цекостомия, сигмостомия. Техника выполнения.
3. Кожный шов, шов апоневроза, мышца, сухожилия, нерва, боковой сосудистый шов. Хирургические узлы.
4. Первичная и вторичная хирургическая обработка ран. Виды хирургических швов – первичный, первично-отсроченный, вторичные швы. Показания.
5. Принципы и техника ревизии брюшной полости.
6. Методы декомпрессии кишечника.
7. Пилоропластика. Техника выполнения операций.
8. Методы и техника выполнения местной анестезии. Проводниковая анестезия.
9. Вскрытие и дренирование аппендикулярного абсцесса.
10. Лапароскопическая диагностика хирургических заболеваний. Лапароскопическая ревизия брюшной полости. Методика, последовательность и интерпретация.
11. Определение жизнеспособности петли кишечника при ущемленной грыже и кишечной непроходимости. Принципы резекции кишки.
12. Техника работы с электрохирургическим крючком.
13. ....

**Критерии оценки текущего контроля успеваемости (практические навыки):**

**«Отлично»:**

Ответ на вопрос дан правильный. Объяснение подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и/или демонстрациями на пациентах, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

**«Хорошо»:**

Ответ на вопрос дан правильный. Объяснение хода подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и/или демонстрациях на пациентах, с единичными ошибками в использовании терминов; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

**«Удовлетворительно»:**

Ответ на дан правильный. Объяснение недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и/или демонстрациях на пациентах, в использовании терминов; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками в деталях.

✓ **«Неудовлетворительно»:**

Ответ на вопрос дан неправильный. Объяснение дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч.

лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют)

### **Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины**

Промежуточная аттестация выявляет результаты выполнения слушателем учебного плана и уровень сформированности компетенций. Процедура промежуточной аттестации включает устное собеседование, демонстрация практических навыков, учитывает сдачу зачетов.

### **Форма промежуточной аттестации**

#### **Вопросы к промежуточной аттестации по неотложной хирургии**

1. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Виды хирургических операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12 -перстной кишки.
3. Язвенные и неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Дифференциальная диагностика.
4. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Диагностическая программа при Гастродуоденальных кровотечениях. Дифференциальная диагностика. Определение кровопотери.
5. Тактика хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Прогноз рецидива кровотечения. Методы хирургического лечения.
6. Методы консервативной терапии в лечении острых гастродуоденальных кровотечений. Методы эндоскопического гемостаза.
7. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения: синдром Мэллори-Вейсса, эрозивный гастродуоденит, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, рак желудка. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
8. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Этиопатогенез. Консервативное и оперативное лечение.
9. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Клиника, диагностика, особенности.. Клиника, диагностика, особенности предоперационной подготовки. лечение.
10. Кальлезная пенетрирующая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
11. Острый аппендицит, клиника, диагностика, хирургическая тактика, лечение.
12. Острый аппендицит: классификация, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению, техника аппендэктомии.
13. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и атипичном расположении червеобразного отростка.
14. Осложнение острого аппендицита: абсцесс пространства Дугласа, пилефлебит, забрюшинная флегмона. Клиника, методы диагностики и лечения.
15. Тактика хирурга при лечении осложненного аппендицита: аппендикулярного инфильтрата, абсцесса, перитонита. Показания к дренированию брюшной полости и особенности дренирования.
16. Патогенез и классификация острой кишечной непроходимости.
17. Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.
18. Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений в крови при ОКН.
19. Выбор метода операции при острой кишечной непроходимости, показания к резекции кишки, наложение обходных анастомозов, кишечных свищей.

20. Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью, этапы операций, методы декомпрессии, клиника.
21. Борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника при острой кишечной непроходимости, диагностика и профилактика послеоперационных осложнений
22. Спаечная болезнь брюшной полости. Показания к операции и техника при спаечной кишечной непроходимости.
23. Острая мезентериальная непроходимость: клиника, диагностика, лечение: хирургическая тактика, объем медикаментозной терапии. Прогноз.
24. Острый холецистит: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к операции, выбор метода. Прогноз.
25. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
26. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при наличии холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального соска. Тактика хирурга.
27. Желтухи: определения понятия. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика желтух. Лечение механической (хирургической) желтухи, выбор метода лечения. Прогноз.
28. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.
29. Особенности ведения послеоперационного периода, сроки удаления дренажей у больных с механической желтухой. Профилактика и лечение печеночной недостаточности.
30. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к операции, выбор метода и объема хирургического лечения. Прогноз трудоспособности.
31. Острый панкреатит, клинические проявления, периодичность течения, консервативная терапия с применением эндоскопических методов лечения.
32. Острый панкреатит, панкреонекроз. Отсроченные операции. Показания, техника, объем операции. Дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, секвестрэктомия и резекция панкреас.
33. Острый панкреатит, панкреонекроз. Показания, методика и этапы ранних операций. Забрюшинная новокаиновая блокада, санация и декомпрессия желчных путей, дренирование сальниковой сумки, регионарная перфузия поджелудочной железы.

## ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-хирурга в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом.

Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

### Оценочные материалы

#### Тематика контрольных вопросов:

1. Гнойный мастит. Классификация, клиника, лечение. Профилактика.
2. Эхинококк печени. Диагностика, патогенез, хирургическое лечение.
3. Подготовка больных с тиреотоксическим зобом. Критерии готовности больных к операции.
4. Кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, клиника и лечение. Странгуляционная кишечная непроходимость.
5. Острый гематогенный остеомиелит трубчатых костей. Этиология, патогенез, диагностика и лечение (консервативное и оперативное).
6. Проникающие ранения живота. Клиника и лечение.
7. Острый аппендицит. Классификация и клиника. Техника аппендэктомии.
8. Антикоагулянты в хирургии.
9. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Показания к оперативному лечению и виды хирургических операций.
10. Перитонит. Этиология, патогенез, клиника, фазы течения, лечение.
11. Закрытые повреждения груди. Классификация и лечение.
12. Гнойный паротит. Клиника, лечение, осложнения, профилактика.
13. Септический шок. Патогенез, клиника, течение, профилактика.
14. Эхинококк легкого. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
15. Методика обследования больных при варикозном расширении вен нижних конечностей (пробы).
16. Ожоговый шок и меры борьбы с ним.
17. Паховые грыжи: прямые и косые. Анатомия пахового канала. Оперативное лечение.
18. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника, методы обследования и лечение.
19. Отморожения. Этиопатогенез, классификация, лечение, профилактика.
20. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Пенетрация, малигнизация язвы. Клиника, диагностика, лечение.
21. Принципы лечения разлитого гнойного перитонита.
22. Ошибки при переливании крови. Их ранняя диагностика и своевременная коррекция.
23. Термический шок. Патогенез, классификация, клиника, общее и местное лечение, показания к ранней кожной пластике.
24. Методы хирургического лечения язвы 12-перстной кишки. Показания и противопоказания к СПВ.
25. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
26. Почечная колика. Этиология, дифференциальная диагностика, первая помощь, осложнения.
27. Ущемленные бедренные грыжи. Особенности их оперативного лечения.
28. Осложнения ЖКБ: механическая желтуха, холангит, ангиохолит. Клиника, диагностика, лечение.
29. Острые тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение (антикоагулянтная и фибринолитическая терапия). Хирургическое лечение.
30. Кишечные свищи. Классификация, причины, клиника, диагностика.
31. Острый холецистит. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств.
32. Хирургический сепсис. Этиология, клиника, лечение.
33. Особенности острого аппендицита у детей, лиц пожилого возраста и беременных женщин.
34. Острый панкреатит. Консервативное и оперативное лечение. Объем

оперативных вмешательств.

35. Гастродуоденальное кровотечение - как осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, лечение (оперативное и консервативное).

36. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с другими хирургическими заболеваниями (холецистит, панкреатит, прободная язва, почечная колика).

37. Виды блокад, (вагосимпатическая, паранефральная, круглой связки печени, семенного канатика). Показания. Техника.

38. Консервативная терапия больных с облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом нижних конечностей.

39. Осложнения грыж. Клиника, диагностика, тактика хирурга.

40. Перфоративная язва. Клиника, диагностика, показания к ушиванию и резекции желудка.

41. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, консервативное лечение.

42. Особенности тактики хирурга при остром холецистите, осложненным холангитом, механической желтухой, холецистопанкреатитом.

43. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Показания к ушиванию язв и резекции желудка при перфоративной язве. Методы ушивания и резекции.

44. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и патологии женских половых органов.

45. Легочные кровотечения. Причины, клиника, диагностика, лечение.

46. Механическая желтуха. Клиника, диагностика, лечение.

47. Болезни оперированного желудка органического происхождения. Клиника, диагностика, лечение.

48. Осложнения ранений груди. Гемоторакс. Эмпиема плевры. Лечение на этапах медицинской эвакуации.

49. Тактика хирурга при механической кишечной непроходимости. Показания к оперативному лечению Объем оперативных вмешательств.

50. Болезни оперированного желудка функционального происхождения. Клиника, диагностика, лечение демпинг-синдрома.

51. Панариций. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

52. Закрытые повреждения живота. Классификация, клиника, диагностика повреждений внутренних органов.

53. Облитерирующий эндартериит. Классификация, этиология, патогенез.

54. Повреждения плечевого пояса (перелом лопатки и ключицы).

55. Острый холецистит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения у лиц пожилого возраста.

56. Абсцесс Дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение.

57. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.

58. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение, виды операций.

59. Тромбофлебит острый и хронический. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

60. Обследование и показания к селективной ваготомии при язвенной болезни.

61. Зоб Хошимото, Риделя. Клиника, диагностика, лечение.

62. Флегмона кисти. Классификация, диагностика, лечение, профилактика.

63. Показания к хирургическому лечению язвы желудка и 12-перстной кишки. Резекция желудка по БильротI и БильротII.

64. Грыжи белой линии живота. Пупочная грыжа. Лечение.

65. Постхолецистэктомический синдром. Классификация, диагностика, профилактика. Методы проверки проходимости внепеченочных желчных путей.



66. Рак прямой кишки. Диагностика. Лечение.
67. Суставной панариций. Клиника, диагностика, лечение.
68. Осложнения острого аппендицита. Классификация, профилактика, лечение.
69. Современные методы детоксикации в хирургии. Классификация, показания, методы проведения.
70. Предоперационная подготовка больных со стенозом выходного отверстия желудка.
71. Рожистое воспаление. Клиника, диагностика, лечение.
72. Тромбоз и эмболии мезентериальных сосудов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
73. Поддиафрагмальный абсцесс. Этиологии, клиника, диагностика, лечение.
74. Травматический шок. Клиника, дифференциальная диагностики, лечение.
75. Хроническая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение.
76. Внутритазовые абсцессы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
77. Резус-фактор крови. Определение резус-принадлежности и резус-совместимости при переливании крови.
78. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, лечение.
79. Тиреотоксический зоб. Предоперационная подготовка, хирургическое лечение.
80. Гнойная и гнилостная инфекция ран. Диагностика, лечение.
81. Осложнения при переливании крови. Профилактика, лечение.
82. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в послеоперационном периоде. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
83. Рентгенологический контроль в диагностике кишечной непроходимости.
84. Гнойный паротит. Клиника, лечение, профилактика.
85. Асептика и антисептика в хирургии.
86. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
87. Оклюзионные поражения артерий. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода.
88. Инфузионная терапия при острой кишечной непроходимости. Расчет количества переливаемой жидкости.
89. Тиреотоксикоз. Тиреотоксический криз. Лечение тиреотоксического криза.
90. Основные лекарственные средства, применяемые в анестезиологии. Ингаляционные и неингаляционные анестетики. Местные анестетики.
91. Показания и противопоказания к переливанию крови. Техника переливания. Прямое переливание и реинфузия крови.
92. Инфузионная терапия при перитоните.

#### **Задания, выявляющие практическую подготовку врача-хирурга:**

- Задачи по тактике хирурга при диагностике и лечении пациентов с острой хирургической патологией органов брюшной полости.
- Задачи по особенностям хирургического лечения пациентов.
- Задачи по тактике хирурга с повреждением органов грудной и брюшной полостей.

#### ***Примеры ситуационных задач***

##### **Ситуационная задача № 1**

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

Какое осложнение перелома ребер имеет место.

Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.

Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.

Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.

Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".

Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.

Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

### Ситуационная задача № 2

Пациентка М., 50 лет, потупила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 °С, желтушность кожных покровов и склер. Состояние средней тяжести. Число дыханий 20 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом подреберье. Там же определяются положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Количество лейкоцитов крови —  $11 \times 10^9/\text{л}$ . Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой) мкмоль/л.

1. УЗИ признаки деструктивного холецистита.
2. Показатели, позволяющие заподозрить наличие холедохолитиаза?
3. Какие методы исследования информативны для диагностики холедохолитиаза?
4. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

### Ситуационная задача № 3

Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток.

В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед. помощью не обращалась. При осмотре состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

6. Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличии толстокишечной?
7. Клиника желчнокаменной непроходимости?
8. Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?
9. Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?
10. Какая кишечная непроходимость имеет идентичную клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью, тактика хирурга.

## Примеры тестовых заданий:

- Инструкция: выберите один правильный ответ:

### 1. Вопрос

Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается: 1. Медицинским учреждением по месту командировки. 2. Выдается только справка о заболевании. 3. Со дня возвращения из командировки. 4. Листок нетрудоспособности не выдается.

**Ответы:**

1. Если правильные ответы 1 и 2
2. Если правильный ответ 1
3. Если правильный ответ 4
4. Если правильные ответы 2 и 3
5. Если правильный ответ 2

### 2. Вопрос

Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется:

1) незарщением межпредсердной перегородки; 2) незарщением артериального протока; 3) незарщением межжелудочковой перегородки; 4) плотным сращением вен шеи с фасциями; 5) рассечением фасциально-клеточных пространств шеи.

Выберите правильный ответ по схеме:

**Ответы:**

1. верно 1 и 2
2. верно 2,3
3. верно 3, 4
4. верно 1, 4
5. верно 2, 5

### 3. Вопрос

Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

**Ответы:**

1. ФГДС
2. Обзорная Rg-графия брюшной полости
3. Пероральная холецистография
4. Внутривенная холеграфия
5. Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

### 4. Вопрос

После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры. Выберите правильный ответ:

**Ответы:**

1. Ph артериальной крови и CO<sub>2</sub> - 2
2. Гемоглобин и гематокрит
3. ЦДВ
4. Насыщенность крови кислородом
5. Количество эритроцитов в периферической крови

### 5. Вопрос

Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются: 1) pH более 7,45; 2) pCO<sub>2</sub> менее 40 мм.рт.ст.; 3) pCO<sub>2</sub> менее 60 мм.рт.ст.; 4) BE более 5 ммоль/л; 5) BE более 10 ммоль/л. Выберите правильный ответ по схеме:

**Ответы:**

1. Верно 1,3,5.
2. Верно 1,2,4.
3. Верно 1 и 3
4. Верно 1 и 5
5. Верно 3 и 5

### 6. Вопрос

При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:

**Ответы:**

1. Гистамина
2. Гистамина и серотонина
3. Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (MPC)
4. Гистамина, серотонина, MPC и брадикинина
5. Гистамина, серотонина, MPC, брадикинина и ацетилхолина

### 7. Вопрос

Для предотвращения транкапиллярной миграции целесообразно дополнять инфузиоукристаллоидных растворов:

**Ответы:**

1. Эритро массой
2. Желатинолем
3. Альбумином
4. Кортикостероидами
5. Допамином

### 8. Вопрос

Для борьбы с парезами в послеоперационном периоде применяется: 1. Адреномиметики 2. Эпидуральная анестезия. 3.

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта 4. Паранефральная блокада, электростимуляция 5. Прозерин, серотонин, клизмы

Выберите правильный ответ по схеме

**Ответы:**

1. Верно 2,3,4,5
2. Верно 1,2,3,5
3. Верно 1,3,4,5
4. Верно 1,2,4,5
5. Верно 2,3,4

### 9. Вопрос

Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

**Ответы:**

1. Сотрясение спинного мозга
2. Ушиб шейного отдела спинного мозга
3. Сдавление спинного мозга
4. Ушиб грудного отдела спинного мозга
5. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

**10. Вопрос**

Наиболее частая причина развития острого медиастинита:

**Ответы:**

1. Разрыв пищевода
2. Хирургическое вмешательство
3. Гнойный лимфаденит с распространением процесса
4. Распространение гнойных процессов с шеи
5. Вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

## Правильные ответы

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

## Критерии оценки итоговой аттестации:

«Отлично»:

Ответ на вопрос дан правильный. Объяснение подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимыми схематическими изображениями и/или демонстрациями на пациентах, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

«Хорошо»:

Ответ на вопрос дан правильный. Объяснение хода подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и/или демонстрациях на пациентах, с единичными ошибками в использовании терминов; ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

«Удовлетворительно»:

Ответ на дан правильный. Объяснение недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и/или демонстрациях на пациентах, в использовании терминов; ответы на дополнительные вопросы недостаточно чёткие, с ошибками в деталях.

✓ «Неудовлетворительно»:

Ответ на вопрос дан неправильный. Объяснение дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют)

**ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ХИРУРГИИ ФПК и ППС с курсом эндохирургии

**БИЛЕТЫ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Билет № 3 (ОБРАЗЕЦ!!!)**

1. *Гнойный холангит, клиника, лечение.*
2. *Поздние осложнения после операций на желудке. Демпинг-синдром.*

**Ситуационная задача № 3**

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупно-узловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Perirectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
2. *Назовите наиболее частые причины крупноузловой цирроза печени.*
3. *К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?*
4. *Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*
5. *Тактика ведения больной?*
6. *Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.*
7. *Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?*
8. *Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?*
9. *Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?*
10. *Определите рациональный объем оперативного пособия.*

**Оценка освоения практических навыков**

1. Техника операций при ущемленной паховой и бедренной грыже.
2. Техника ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Утвержден на заседании кафедры, протокол от «28» августа 2020г. №1

**Зав. кафедрой**

**проф. Хамидов М.А.**

**Составители:**

<u>Магомедов М.А., д.м.н., доцент</u>	/	_____
<i>(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность)</i>		<i>(подпись)</i>
<u>Хамидов М.А., д.м.н., профессор</u>	/	_____
<i>(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность)</i>		<i>(подпись)</i>

## 2. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### 3.1 Материально-технические условия

3.1.1 Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Вид занятий которые проводятся в помещении	Этаж, кабинет
1	ГБУ РКБСМП хирургические отделения №1, №2, отделение сочетанной патологии  МСЧ МВД РФ по РД хирургическое отделение  ООО «Медицинская клиника ХэлсиНейшн» — Здоровая Нация.	Лекционный зал Учебные комнаты  Учебная комната с коробочным тренажером для овладения базовых навыков в лапароскопической хирургии  Учебные комнаты	2 этаж 1 таж  1 этаж  2 этаж
2	ФГБОУ ВО ДГМУ, аккредитационно-симуляционный центр, РД, г. Махачкала пр. Шамиля №46	ОСК	1-й этаж.

### Перечень тематических учебных комнат и лабораторий

№ п/п	Название лаборатории	Место расположения	Площадь	Кол-во посадочных мест
1.	Комната для проведения тренинга по базовой сердечно-легочной реанимации с дефибрилляцией	Симуляционный центр ДГМУ	10 м <sup>2</sup>	20
2.	Учебная комната с коробочным тренажером и видеостойкой для овладения базовых навыков в лапароскопической хирургии	МСЧ МВД РФ по РД	20	15

<b>3.</b>	<b>Симулятор для обучения эндоскопической хирургии и отработки техники выполнения лапароскопических операций LAP Mentor. Модули по обучению базовым навыкам</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Базовые навыки в лапароскопии</li> <li>• Базовые навыки по наложению швов</li> <li>• Углубленные навыки по наложению швов</li> </ul> <b>Общая хирургия</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Процедурные задачи</li> <li>• лапароскопическая холецистэктомия</li> <li>• Холангиография</li> <li>• Аппендэктомия</li> <li>• Послеоперационная грыжа</li> </ul>	Аккредитационно-симуляционный центр пр-т И. Шамиля 4б.	20+ 15+ 20+ 15	8+ 5+ 7+ 4
-----------	---	--	-------------------------	---------------------

### Учебные кабинеты

№ п/п	Перечень помещений	Количество	Площадь в кв. м.
1.	Кабинет зав. кафедрой	1	16,5 м <sup>2</sup>
2.	Учебные кабинеты	3	30 м <sup>2</sup>
3.	Лекционный зал	1	138 м <sup>2</sup>

Общая площадь помещений для преподавания составляет 215 кв. м. На одного слушателя (при максимальной одновременной нагрузке в 30 человек) составляет 7,2 кв.м.

### Клинические помещения

№ п/п	Перечень помещений	Количество	Количество коек	Площадь в кв. м.
<b>1.</b>	Хирургические отделения № 1,2	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>300</b>
<b>2.</b>	Отделение сочетанной патологии	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>200</b>
<b>3.</b>	Ординаторские (хирургических отделений и отделения сочетанной патологии)	2	-	30м <sup>2</sup>
4.	Кабинеты ультразвуковой диагностики	2	-	30 м <sup>2</sup>
5.	Эндоскопические кабинеты	2	-	38 м <sup>2</sup>
6.	Рентген-кабинеты	2	-	60 м <sup>2</sup>
7.	Рентгенэндоваскулярное отделение	2	-	86 м <sup>2</sup>

Общая площадь для преподавания, включая помещения клинической базы составляет 813 кв.м. На одного курсанта (при максимальной одновременной нагрузке в 20 человек составляет 40,6 м<sup>2</sup>

### 3.1.2 Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Коробочный тренажер видеостойкой для эндоскопических операций
2.	Тренажер для хирургических швов.
1.	Оверхед– проекторыGehaOHP-3;
3.	Компьютерный класс: компьютерные обучающие программы.
4.	Негатоскоп
5.	Телевизор ультимедийный с выходом в интернет
6.	Архивные истории с различной хирургической патологией;
7.	Ноутбуки - 4      Персональные компьютеры-2;Принтеры лазерные - 3

#### Учебно-наглядные пособия

№	Наименование	Количество
1	Стенды	
	1. Уголок курсанта	1
	2. Будни кафедры	1
	3. Уголок врача	1
2	Наглядные пособия	
	Банк рентгенограмм	30
	Цифровые снимки	30
	Банк лабораторных анализов	120
	Мультимедийные презентации лекций	28
	Видеофильмы	5
	Набор методических рекомендаций и пособий, монографий в учебном классе	11

№	Наименование технических средств обучения	Количество на кафедре
1	Мультимедийный проектор с ноутбуком	1
2	Ноутбук	2
3	Компьютер	2
4	Стенды	3
5	Сканер	1
6	Ксерокс	2
7	Негатоскоп	1
8	Телевизор	1
9	Экран	1



## 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

### 3.2.1 Литература

#### Основная литература:

№	Издания:
1.	Большаков О.П. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Учебник /О.П. Большаков. – СПб. : Питер, 2018. -432 с.
2.	Хирургические болезни : учебник / под редакцией академика РАМН М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 992 с. : ил.
3.	Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 912 с. : ил. (ЭБС КВ, КС)
4.	Абдоминальная хирургическая инфекция : российские национальные рекомендации / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Кириенко, Н. Н. Хачатрян. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : МИА, 2018. - 168 с. : ил.
5.	Хирургические болезни [Текст] : учебник в 2-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Т. 1. – 719 с., Т. 2. – 684 с.

#### Дополнительная литература:

№	Издания:
1.	Ковалев, А. И. Школа неотложной хирургической практики : учеб. пособие / А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2017. - 743 с. : ил. - (Хирургия).
2.	Лещенко, И. Г. Врачебные ошибки и их предупреждения при хирургических инфекциях : монография / И. Г. Лещенко ; Частное Учреждение Образовательная Организация Высшего Образования МУ "РЕАВИЗ". - Самара : Азимут, 2020. - 468 с. : ил.
3.	Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста : учеб. пособие / под ред. В. В. Подкаменева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с.
4.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста : учебное пособие / И. Д. Андреев [и др.] ; под редакцией профессора С. С. Давыдкина, профессора Д. А. Морозова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 175 с. : ил.
5.	Хатчисон, С. Дж. Ультразвуковая диагностика в ангиологии и сосудистой хирургии / С. Дж. Хатчисон, К. К. Холмс ; перевод с английского под редакцией А. И. Кириенко, Д. А. Чурикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 400 с. : ил.
6.	Хирургия : эпонимические симптомы и синдромы : руководство для врачей / под редакцией А. В. Колсанова, Е. А. Корымасова, С. Е. Каторкина. - Москва : ИнфраМ, 2019. - 1112 с. : цв. ил.
7.	Национальные клинические рекомендации по хирургии <a href="http://www.общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci">http://www.общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci</a> 2019.
8.	Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, П. М. Богопольский. - Москва : Практическая медицина, 2017. - 352 с. : ил.

9.	Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.
----	---

### 3.2.2 Информационно-коммуникационные ресурсы

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Минздрава России	<a href="http://www.rosminzdrav.ru">http://www.rosminzdrav.ru</a>
2.	Российская государственная библиотека (РГБ)	<a href="http://www.rsl.ru">www.rsl.ru</a>
3.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	<a href="http://www.iramn.ru">www.iramn.ru</a>
4.	Библиотека ДГМУ	<a href="http://bgmy.ru/biblioteka_bgmu/">http://bgmy.ru/biblioteka_bgmu/</a>
5.	<a href="http://www.surgeons.ru/">Общество Хирургов России</a>	<a href="http://www.surgeons.ru/">http://www.surgeons.ru/</a>
6.	<a href="http://www.laparoscopy.ru/roes.html">Российское Общество Эндоскопических Хирургов</a>	<a href="http://www.laparoscopy.ru/roes.html">http://www.laparoscopy.ru/roes.html</a>
7.	<a href="http://www.angiolsurgery.org/">Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов</a>	<a href="http://www.angiolsurgery.org/">http://www.angiolsurgery.org/</a>
8.	<a href="http://www.hepatoassociation.ru/">Ассоциация хирургов-гепатологов России и стран СНГ</a>	<a href="http://www.hepatoassociation.ru/">http://www.hepatoassociation.ru/</a>
9.	<a href="http://www.medlit.ru/medrus/annal.htm">Анналы хирургии, журнал</a>	<a href="http://www.medlit.ru/medrus/annal.htm">http://www.medlit.ru/medrus/annal.htm</a>
19.	<a href="http://www.hepatoassociation.ru/?p=journal">Анналы хирургической гепатологии, журнал</a>	<a href="http://www.hepatoassociation.ru/?p=journal">http://www.hepatoassociation.ru/?p=journal</a>
11.	<a href="http://www.mediasphera.ru">Флебология</a>	<a href="http://www.mediasphera.ru">http://www.mediasphera.ru</a>
12.	Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова	<a href="http://www.mediasphera.ru">http://www.mediasphera.ru</a>

### 3.2.3. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Приказ Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлениям подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с изменениями и дополнениями от 15 июня 2017 г.)».
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере Здравоохранения".
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 п «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы».
8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 г. № 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года».
9. Приказ Минздрава Российской Федерации № 700н от 07.10.2015 "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование".
10. О государственной аккредитации образовательных учреждений и организаций (Приказ Минобрнауки РФ от 25.07.2012г. № 941).
11. Приказ Минздрава России №1183н от 24.12.2010г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля". Зарегистрирован Минюстом России 11.02.2011г.
12. Приказ Минздрава России №923н от 15.11.2012г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"". Зарегистрирован в Минюсте России 29.12.2012г. №26482.
13. **Медицинские федеральные стандарты на сайте <https://medalmanah.ru/federal-standards>**

**3.2.4. Перечень учебных, учебно-методических материалов, изданных сотрудниками кафедры (за последние 5 лет)**

№	Наименование методических пособий и др. учебно-методических материалов	Составители, издательство, год издания	Обеспеченность	
			Количество на кафедре	Электронное издание
	1	2	3	4
1.	«Острый аппендицит. Постулаты прошлого и настоящего»  (монография)	Р.Т. Меджидов, С.М. Магомедова, М.К. Абдулжалилов Махачкала, 2018	20	
2.	«Инновационные технологии оптимизации репарации тонкокишечного анастомоза при непроходимости и перитоните»  (монография)	Абдулжалилов М.К., Меджидов Р.Т., Абдуллаев М.Р., Магомедова С.М., Абдулжалилов А.М  Махачкала, 2019	20	
3.	«Хирургия щитовидной железы и ее осложнения»	М.М. Магомедов, З.Т. Айдынбекова. Махачкала, 2020	20	
4.	«Актуальные вопросы медицинского образования и здравоохранения».	Сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции посвященной 70-летию профессора А.О. Османова Махачкала, 2020	20	
5.	«Острая кишечная непроходимость»  (монография)	Нажмуудинов З.З., Гусейнов А-К.Г. Махачкала, 2019	15	
6.	«Желчекаменная болезнь, механическая желтуха»  (Учебное пособие для клинических ординаторов и врачей - хирургов)	М.Р. Иманалиев, З.З. Нажмуудинов, А.Г. Гусейнов Махачкала, 2017	15	

### 3.3. Кадровые условия

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ИДПО.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, *имеющих сертификат специалиста по Хирургии*, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

#### Кадровое обеспечение образовательного процесса

№ п/п	Наименование модулей (дисциплин, модулей, разделов, тем)	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое Звание	Основное место работы, должность
1	<b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b>  <b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li><li>• Паразитарные заболевания печени.</li><li>• Абсцессы печени.</li><li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li><li>• Желчнокаменная болезнь.</li><li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li><li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li><li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.</li><li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных</li></ul>	Хамидов Магомед Ахмедович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии, профессор, заведующий кафедрой

	<p>протоков</p> <p><b>«Грыжи»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ущемленная грыжа.</li> <li>• Диафрагмальные грыжи.</li> <li>• Паховые грыжи.</li> <li>• Послеоперационные грыжи.</li> <li>• Бедренные грыжи.</li> <li>• Пупочная грыжа.</li> <li>• Редкие формы грыж.</li> <li>• Внутренние брюшные грыжи.</li> </ul> <p><b>Модуль. 4 «Обучающий симуляционный курс»</b></p> <p><b>«Эндоскопическая абдоминальная хирургия»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выбор рациональных точек введения троакаров.</li> <li>• Клиническое применение электрохирургии.</li> <li>• Техника диссекции и соединения тканей.</li> <li>• Работа с лигатурным и шовным материалом в брюшной полости.</li> <li>• Извлечение тканей и органов из брюшной полости после удаления.</li> </ul> <p>Осложнения в эндоскопической хирургии..</p>			
2	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p>	<p>Магомедов Магомед Абдухаликович</p>	<p>д.м.н., доцент</p>	<p>ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии, доцент, заведующий учебной части</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Хирургические заболевания желудка</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки</li> <li>• Поздние осложнения после операций на желудке.</li> <li>• Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;</li> <li>• Полипы желудка.</li> <li>• Рак желудка.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)</li> <li>• Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки</li> </ul>			
--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острая кишечная непроходимость</li> <li>• Спаечная болезнь</li> <li>• Острый аппендицит</li> <li>• кишечные свищи</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li> <li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li> <li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.</li> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Заболевания поджелудочной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый панкреатит.</li> <li>• Опухоли поджелудочной железы.</li> <li>• Кисты поджелудочной железы.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Травма грудной клетки и живота»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Травма паренхиматозных органов.</li> <li>• Травма полых органов.</li> </ul>			
--	--	--	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Забрюшинные гематомы.</li> <li>• Повреждения грудной клетки.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Хирургическая инфекция».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Классификация раневого процесса</li> <li>• Гнойные заболевания кисти и стопы.</li> <li>• Частные вопросы гнойной хирургии.</li> <li>• Хирургический сепсис.</li> <li>• Перитонит, абдоминальный сепсис.</li> </ul> <p>Синдром диабетической стопы (СДС)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антибактериальная терапия в хирургии.</li> </ul> <p><b>Модуль 3. «Смежные дисциплины»</b></p> <p>Онкология</p> <p><b>Модуль. 4 «Обучающий симуляционный курс»</b></p> <p style="text-align: center;"><b>«Эндоскопическая абдоминальная хирургия»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выбор рациональных точек введения троакаров.</li> <li>• Клиническое применение электрохирургии.</li> <li>• Техника диссекции и соединения тканей.</li> <li>• Работа с лигатурным и шовным материалом в брюшной полости.</li> <li>• Извлечение тканей и органов из брюшной полости после удаления.</li> </ul>			
---	--	--	--

	Осложнения в эндоскопической хирургии..			
3	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения</li> </ul>	Османов Абдурахман Османовия	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирурги, профессор

	<p>желчнокаменной болезни.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li> <li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.</li> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul>			
4	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p><b>Хирургические заболевания желудка</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки</li> <li>• Поздние осложнения</li> </ul>	Магомедов Мухума Магомедович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии, профессор

	<p>после операций на желудке.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;</li> <li>• Полипы желудка.</li> <li>• Рак желудка.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)</li> <li>• Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки</li> <li>• Острая кишечная непроходимость</li> <li>• Спаечная болезнь</li> <li>• Острый аппендицит</li> <li>• кишечные свищи</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li> <li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li> <li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных</li> </ul>			
--	---	--	--	--

<p>протоков.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul> <p><b>«Заболевания поджелудочной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый панкреатит.</li> <li>• Опухоли поджелудочной железы.</li> <li>• Кисты поджелудочной железы.</li> </ul> <p><b>«Грыжи»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ущемленная грыжа.</li> <li>• Диафрагмальные грыжи.</li> <li>• Паховые грыжи.</li> <li>• Послеоперационные грыжи.</li> <li>• Бедренные грыжи.</li> <li>• Пупочная грыжа.</li> <li>• Редкие формы грыж.</li> <li>• Внутренние брюшные грыжи.</li> </ul> <p><b>«Травма грудной клетки и живота»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Травма паренхиматозных органов.</li> <li>• Травма полых органов.</li> <li>• Забрюшинные гематомы.</li> <li>• Повреждения грудной клетки.</li> </ul> <p><b>«Хирургическая инфекция».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Классификация раневого процесса</li> <li>• Гнойные заболевания кисти и стопы.</li> <li>• Частные вопросы гнойной хирургии.</li> </ul>			
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хирургический сепсис.</li> <li>• Перитонит, абдоминальный сепсис.</li> </ul> <p>Синдром диабетической стопы (СДС)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антибактериальная терапия в хирургии.</li> </ul> <p><b>Модуль 3. «Смежные дисциплины»</b></p> <p><b>«Хирургия щитовидной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Физиология щитовидной железы.</li> <li>• Гипотиреоз.</li> <li>• Узловые образования щитовидной железы.</li> <li>• Тиреотоксикоз.</li> <li>• Тиреоидиты.</li> </ul> <p>Опухоли щитовидной железы</p> <p>Онкология</p>			
5.	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li> <li>• Рак большого</li> </ul>	Исаев Хабиб Магомедрасулович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии, доцент

	<p>дуоденального сосочка.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.</li> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul> <p><b>«Заболевания поджелудочной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый панкреатит.</li> <li>• Опухоли поджелудочной железы.</li> <li>• Кисты поджелудочной железы.</li> </ul> <p><b>«Грыжи»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ущемленная грыжа.</li> <li>• Диафрагмальные грыжи.</li> <li>• Паховые грыжи.</li> <li>• Послеоперационные грыжи.</li> <li>• Бедренные грыжи.</li> <li>• Пупочная грыжа.</li> <li>• Редкие формы грыж.</li> <li>• Внутренние брюшные грыжи.</li> </ul>			
6.	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и</li> </ul>	<p>Гусейнов Абдулкамал Гусейнович</p>	<p>д.м.н., доцент</p>	<p>ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии, доцент</p>

	<p>двенадцатиперстной кишки .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li> <li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li> <li>• Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.</li> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Заболевания поджелудочной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый панкреатит.</li> <li>• Опухоли поджелудочной железы.</li> <li>• Кисты поджелудочной железы.</li> </ul>			
--	---	--	--	--



	<p><b>«Травма грудной клетки и живота»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Травма паренхиматозных органов.</li> <li>• Травма полых органов.</li> <li>• Забрюшинные гематомы.</li> <li>• Повреждения грудной клетки.</li> </ul> <p><b>«Хирургическая инфекция».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Классификация раневого процесса</li> <li>• Гнойные заболевания кисти и стопы.</li> <li>• Частные вопросы гнойной хирургии.</li> <li>• Хирургический сепсис.</li> <li>• Перитонит, абдоминальный сепсис.</li> </ul> <p>Синдром диабетической стопы (СДС)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Антибактериальная терапия в хирургии.</li> </ul>			
7.	<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> </ul>	Закариев Закари Магомедович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирурги, доцент

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)</li> <li>• Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки</li> <li>• Острая кишечная непроходимость</li> <li>• Спаечная болезнь</li> <li>• Острый аппендицит</li> <li>• кишечные свищи</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Заболевания поджелудочной железы»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Острый панкреатит.</li> <li>• Опухоли поджелудочной железы.</li> <li>• Кисты поджелудочной железы.</li> </ul>			
8.	<p><b>Модуль 1.</b> <b>«Фундаментальная дисциплины»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этажи брюшной полости</li> <li>• Внутренние органы..</li> <li>• Оперативная хирургия.</li> <li>• Операции на желудке и кишечнике.</li> </ul> <p>Операции на органах гепатопанкреатобилиарной системы</p>	<p>Нажмудинов Зайпула Зулбекович</p>	<p>к.м.н., доцент</p>	<p>ФГБОУ ВО ДГМУ, ИДПО, кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохимирурги, доцент</p>

<p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> <li>• Перитониты</li> <li>• Острый холецистит, холангит, механическая желтуха</li> <li>• Острый панкреатит</li> <li>• Мезентериальный тромбоз.</li> </ul> <p><b>Хирургические заболевания желудка</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки</li> <li>• Поздние осложнения после операций на желудке.</li> <li>• Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;</li> <li>• Полипы желудка.</li> <li>• Рак желудка.</li> </ul> <p><b>Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b></p>			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)</li> <li>• Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки</li> <li>• Острая кишечная непроходимость</li> <li>• Спаечная болезнь</li> <li>• Острый аппендицит</li> <li>• кишечные свищи</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>«Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.</li> <li>• Паразитарные заболевания печени.</li> <li>• Абсцессы печени.</li> <li>• Циррозы печени и портальная гипертензия.</li> <li>• Желчнокаменная болезнь.</li> <li>• Осложнения желчнокаменной болезни.</li> <li>• Рак большого дуоденального сосочка.</li> <li>• Реконструктивно- восстановительная хирургия желчных протоков.</li> <li>• Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков</li> </ul> <p><b>Модуль. 4 «Обучающий симуляционный курс»</b></p> <p style="text-align: center;"><b>«Эндоскопическая абдоминальная хирургия»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выбор рациональных точек введения</li> </ul>			
---	--	--	--

	<p>троакаров.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническое применение электрохирургии.</li> <li>• Техника диссекции и соединения тканей.</li> <li>• Работа с лигатурным и шовным материалом в брюшной полости.</li> <li>• Извлечение тканей и органов из брюшной полости после удаления.</li> </ul> <p>Осложнения в эндоскопической хирургии..</p>			
--	--	--	--	--

### **3.4. Организация образовательного процесса**

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, семинар, практическое занятие, конференция, мастер-класс, консультация, аттестация в виде тестирования, аттестация в виде собеседования, оценка практических навыков).

Лекции проводятся без ДОТ с использованием мультимедийных устройств;

Семинары проводятся без ДОТ полностью в виде дискуссии, чтения первоисточников с комментариями слушателей и пояснениями педагога, ответами на вопросы с использованием мультимедийных устройств;

Практические занятия проводятся без ДОТ полностью в виде отработки навыков и умений в пользовании схемами, диаграммами, приборами, практической работы для отработки умений и навыков в выполнении определенных приемов и функций, процедур, методик и т.п., решения ситуационных задач для отработки умений и навыков, симуляционных занятий с использованием специализированных симуляторов/тренажеров для отработки умений и навыков.

## ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОГРАММЕ

Сведения о программе предназначены для размещения материалов на сайте ИДПО ДГМУ и в других информационных источниках с целью информирования потенциальных обучающихся и продвижения программы на рынке образовательных услуг.

	<b>Обозначенные поля</b>	<b>Поля для заполнения</b>
1	Наименование программы	Хирургия
2	Объем программы (в т.ч. аудиторных часов)	576 часов
3	Варианты обучения (ауд. часов в день, дней в неделю, продолжительность обучения - дней, недель, месяцев)	6 часов в день, 6 дней в неделю, 4 месяца
4	с отрывом от работы (очная)	С отрывом от работы (очная)
5	Вид выдаваемого документа после завершения обучения	Диплом о профессиональной переподготовке
6	Требования к уровню и профилю предшествующего профессионального образования обучающихся	<p>Врачи, имеющие высшее образование-специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия", послевузовское образование: подготовку в ординатуре по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)".</p> <p>Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.</p> <p>Работники имеющие высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным характеристикам и квалификационным требованиям, но имеющих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности более 5 лет организуется профессиональная переподготовка по специальности «Хирургия»: для работников, имеющих стаж работы от 5 до 10 лет.</p>
7	Категории обучающихся	Врач хирург
8	Структурное подразделение, реализующее программу	Кафедра хирургии ФПК и ППС с курсом эндохирургии
9	<b>Контакты</b>	kafedra.khirurgii@mail.ru
10	Основной преподавательский состав	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. профессор Хамидов Магомед Ахмедович</li> <li>2. профессор Магомедов Мухума Магомедович</li> <li>3. профессор Османов Абдурахман Османович</li> <li>4. доцент Магомедов Магомед Абдухаликович</li> <li>5. доцент Гусейнов Абдулкамал Гусейнович</li> <li>6. доцент Нажмудинов Зайпула Зулбегович</li> </ol>

		7. доцент Закариев Закари Магомедович
11	Аннотация	
	Цель и задачи программы	<p>Совершенствование или приобретение специалистами профессиональных компетенций в соответствии с нормативно-правовыми актами, регламентирующими их деятельность и/или обучение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Направленных на совершенствование (приобретение) профессиональных компетенций в рамках специальности «Хирургия», сформулированных на основе трудовых функций соответствующего специальности профстандарта: «Врач хирург»,</li> <li>2. Качественное изменение имеющихся и приобретение новых профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации для врачебной практика в области терапии.</li> <li>3. Формирование системы теоретических знаний и практических умений в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний по профилю «Хирургия» в условиях стационара и дневного стационара</li> </ol> <p>Качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при оказании медицинской помощи населению по профилю "хирургия".</p>
12	Модули (темы) учебного плана программы	<p><b>Модуль 1. «Фундаментальные дисциплины»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этажи брюшной полости .</li> <li>• Внутренние органы..</li> <li>• Оперативная хирургия.</li> <li>• Операции на желудке и кишечнике.</li> </ul> <p>Операции на органах гепатопанкреатобилиарной системы</p> <p><b>Модуль 2. «Специальные дисциплины»</b></p> <p><b>«Неотложная хирургия органов брюшной полости»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Методы исследования в хирургии. Болезни симулирующие «Острый живот».</li> <li>• Острый аппендицит .</li> <li>• Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .</li> <li>• Ущемлённые грыжи .</li> </ul>

- Перитониты
- Острый холецистит, холангит, механическая желтуха
- Острый панкреатит
- Мезентериальный тромбоз.

#### **Хирургические заболевания желудка**

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- Поздние осложнения после операций на желудке.
- Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии;
- Полипы желудка.
- Рак желудка.

#### **Хирургические заболевания кишечника и брыжейки**

- Язвы тонкой кишки (неспецифические язвы, специфические язвы)
- Болезнь Крона Опухоли тонкой кишки
- Острая кишечная непроходимость
- Спаечная болезнь
- Острый аппендицит
- кишечные свищи

#### **«Хирургические заболевания печени, желчных путей»**

- Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.
- Паразитарные заболевания печени.
- Абсцессы печени.
- Циррозы печени и портальная гипертензия.
- Желчнокаменная болезнь.
- Осложнения желчнокаменной болезни.
- Рак большого дуоденального сосочка.
- Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.
- Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков

#### **«Заболевания поджелудочной железы»**

- Острый панкреатит.
- Опухоли поджелудочной железы.
- Кисты поджелудочной железы.

#### **«Грыжи»**



- Ущемленная грыжа.
- Диафрагмальные грыжи.
- Паховые грыжи.
- Послеоперационные грыжи.
- Бедренные грыжи.
- Пупочная грыжа.
- Редкие формы грыж.
- Внутренние брюшные грыжи.

#### **«Травма грудной клетки и живота»**

- Травма паренхиматозных органов.
- Травма полых органов.
- Забрюшинные гематомы.
- Повреждения грудной клетки.

#### **«Хирургическая инфекция».**

- Классификация раневого процесса
  - Гнойные заболевания кисти и стопы.
  - Частные вопросы гнойной хирургии.
  - Хирургический сепсис.
  - Перитонит, абдоминальный сепсис.
- Синдром диабетической стопы (СДС)
- Антибактериальная терапия в хирургии.

#### **Модуль 3. «Смежные дисциплины»**

##### **«Хирургия щитовидной железы»**

- Физиология щитовидной железы.
- Гипотиреоз.
- Узловые образования щитовидной железы.
- Тиреотоксикоз.
- Тиреоидиты.

Опухоли щитовидной железы

Онкология

#### **Модуль. 4 «Обучающий симуляционный курс»**

##### **«Эндоскопическая абдоминальная хирургия»**

- Выбор рациональных точек введения троакаров.
- Клиническое применение электрохирургии.
- Техника диссекции и соединения тканей.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Работа с лигатурным и шовным материалом в брюшной полости.</li> <li>• Извлечение тканей и органов из брюшной полости после удаления.</li> </ul> <p>Осложнения в эндоскопической хирургии..</p>
13	Уникальность программы, ее отличительные особенности, преимущества	<p>Программа предусматривает обучение слушателей современным методам диагностики и лечения пациентов по профилю хирургия. На базе обучающего симуляционного центра ДГМУ (кафедра медицинской симуляции и учебной практики) проводится обучающий симуляционный курс. Программа ориентирована на подготовку обучающихся к аккредитации по специальности: «Хирургия».</p>
14.	Дополнительные сведения	

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей «хирургия», трудоемкостью 576 академических часов по специальности «хирургия»

1	Кафедра	Хирургии
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	РД, г Махачкала, ул Пирогова №3
4	Зав.кафедрой	профессор Хамидов Магомед Ахмедович
5	Ответственный составитель	доцент Магомедов Магомед Абдухалиурвич
6	Е-mail	<a href="mailto:kafedra.khirurgii@mail.ru">kafedra.khirurgii@mail.ru</a>
7	Моб. телефон	89883081166
8	Кабинет №	2
9	Учебная дисциплина	Хирургия
10	Учебный предмет	Хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Хирургия
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	Специальные дисциплины
15	Тема	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Социальная гигиена и организация хирургической помощи</li> <li>2. Оперативная хирургия</li> <li>3. Методы исследования в хирургии</li> <li>4. Методы лечения в хирургии</li> <li>5. Обезболивание и интенсивная терапия</li> <li>6. Нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия</li> <li>7. Грудная хирургия</li> <li>8. Хирургия сосудов</li> <li>9. Хирургия органов брюшной полости</li> <li>10. Термические повреждения (ожоги и отморожения)</li> <li>11. Колопроктология</li> <li>12. Гнойная хирургия</li> <li>13. Хирургия эндокринной систем</li> <li>14. Онкология</li> </ol>
16	Количество вопросов	2000
17	Тип вопроса	<i>Single</i>
18	Источник	-

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

### 1. Социальная гигиена и организация хирургической помощи

1. 1001 Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются: Выберите правильный ответ:
- Лечащим врачом
  - Зав отделением
  - Контрольно-экспертной комиссией
  - Бюро медико-социальной экспертизы
  - Каждым из перечисленных
2. 1002 Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют: 1. Профсоюзные органы 2. Контрольно-экспертная комиссия 3. Заведующий отделением 4. Бюро медико-социальной экспертизы Выберите правильный ответ по схеме:
- Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - Если правильный ответ 2
  - Если правильные ответы 1 и 2
  - Если правильные ответы 3 и 4
  - Если правильные ответы 2 и 3
3. 1003 Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются: 1. Определить временной утраты нетрудоспособности 2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе 3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы 4. Все перечисленное Выберите правильный ответ:
- Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - Если правильные ответы 1 и 2
  - Если правильные ответы 2 и 3
  - Если правильный ответ 4
  - Если правильные ответы 3 и 4
4. 1004 Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой являются: 1. Продолжительность нетрудоспособности 2. Благоприятный клинический прогноз 3. Благоприятный трудовой прогноз 4. Все перечисленное Выберите правильный ответ:
- Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - Если правильные ответы 1 и 2
  - Если правильный ответ 3
  - Если правильный ответ 4
  - Если правильные ответы 3 и 4
5. 1005 Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается: Выберите правильный ответ:
- В случае выраженного обострения
  - При нарушении функции больного органа
  - При общем тяжелом состоянии больного
  - Ни в одном из перечисленных случаев
  - В любом из перечисленных случаев
6. 1006 Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется: 1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы 2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы 3. Всем перечисленным 4. Временной утраты функции поврежденного органа Выберите правильный ответ:
- Если правильные ответы 1 и 2
  - Если правильный ответ 2
  - Если правильный ответ 3
  - Если правильные ответы 3 и 4
  - Если правильные ответы 2 и 3
7. 1007 Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:
- Все трудящиеся
  - Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
  - Только те, которые работают постоянно
  - Те, которые работают временно или на сезонных работах
  - Никто из перечисленных
8. 1008 При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:
- С 1 дня

- б) С 3 дня
- в) С 5 дня
- г) С 6 дня
- д) С 14 дня

9. 1009 Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
- б) В день выписки из стационара
- в) Через 3 дня после выписки
- г) Все перечисленное верно
- д) Вопрос решается индивидуально

10. 1010 Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается: 1. Медицинским учреждением по месту командировки 2. Выдается только справка о заболевании 3. Со дня возвращения из командировки 4. Листок нетрудоспособности не выдается Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 1
- в) Если правильный ответ 4
- г) Если правильные ответы 2 и 3
- д) Если правильный ответ 2

11. 1011 Сроки временного перевода на другую работу по болезни определяют:

- а) Профсоюзные органы
- б) Контрольно-экспертная комиссия
- в) Заведующий отделением
- г) Лечащий врач
- д) Бюро медико-социальной экспертизы

12. 1012 Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
- г) Направление в Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

13. 1013 Функциями Бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, за исключением:

- а) Продление временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б) Установление группы и причины инвалидности
- в) Определение трудовых рекомендаций инвалидам
- г) Определение времени фактического наступления инвалидности
- д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

14. 1014 Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- а) Систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей
- б) Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительной причины
- в) Появление на работе в нетрезвом состоянии
- г) Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности
- д) Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

## 2. Оперативная хирургия

15. 1015 Наиболее возможными путями прорыва гноя при паротите, объясняемыми особенностями топографии околоушной слюнной железы и ее фасции, являются: 1. прорыв гноя в ротовую полость 2. в переднее окологлоточное пространство 3. заднее окологлоточное пространство 4. наружный слуховой проход Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 3, 4
- в) Верно 2, 4
- г) Верно 1, 3
- д) Верно 2, 3

16. 1016 В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы: 1. Блуждающий нерв 2. Нисходящая ветвь подъязычного нерва 3. Промежуточный нерв 4. Пограничный симпатический ствол Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 2 и 3
- б) Если правильные ответы 1 и 3
- в) Если правильные ответы 3 и 4
- г) Если правильные ответы 2 и 4

д) Если правильные ответы 1 и 2

17. 1017 Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: 1. Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра 2. В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра 3. В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра 4. В любом из указанных мест Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильные ответы 2 и 3
- в) Если правильный ответ 3
- г) Если правильный ответ 4
- д) Если правильные ответы 3 и 4

18. 1018 Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется: 1. незарращением меж-предсердной перегородки 2. незарращением артериального протока 3. назарращением межжелудочковой перегородки 4. плотным срастанием вен шеи с фасциями 5. рассечением фасциально-клеточных пространств шеи Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 2, 3
- в) Верно 3, 4
- г) Верно 1, 4
- д) Верно 2, 5

19. 1019 С клетчаткой подмышечной впадины сообщается: 1. переднее глубокое клетчаточное пространство 2. надостное 3. подостное 4. передняя предлопаточная щель 5. задняя предлопаточная щель Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 2, 3
- в) Верно 3, 4
- г) Верно 4, 5
- д) Верно 1, 5

20. 1020 Из-за наличия анастомозов между лимфатическими сосудами червеобразного отростка и других органов, воспалительный процесс при аппендиците может распространяться: 1. на правую почку 2. на желчный пузырь 3. на желудок 4. никуда не распространяется Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 2 и 3
- б) Если правильный ответ 4
- в) Если правильные ответы 2 и 4
- г) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- д) Если правильные ответы 1 и 3

21. 1021 Треугольник Кало образован: 1. общим печеночным протоком 2. пузырным протоком 3. желчным пузырем 4. печенью 5. двенадцатиперстной кишкой 6. пузырной артерией Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3
- б) Верно 1, 2, 6
- в) Верно 2, 3, 4
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 4, 5, 6

### 3. Методы исследования в хирургии

22. 1022 Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

- а) Центральный рак легкого
- б) Доброкачественную опухоль (центральную)
- в) Пневмонию
- г) Пневмоторакс
- д) Инородное тело

23. 1023 Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

- а) о холедохолитиазе
- б) о сальмонеллезе желчного пузыря
- в) о внутренней желчной фистуле
- г) о желудочно-толстокишечной фистуле
- д) о холецистите

24. 1024 Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- а) тромбоз селезеночной или воротной вены
- б) опухолевые поражения печени
- в) цирроз печени

- г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность  
д) синдром Бадд-Хиари
25. 1025 Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:  
а) лапароскопии  
б) пневмомедиастинографии  
в) ангиографии печени  
г) рентгеноскопии пищевода и желудка  
д) динамической гепатобилиосцинтиграфии
26. 1026 Для распознавания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:  
а) Верно 1, 2, 3, 4  
б) Верно 2, 3, 4, 5  
в) Верно 1, 3, 4, 5  
г) Верно 1, 2, 3, 5  
д) Верно 1, 2, 4, 5
27. 1027 При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:  
а) Верно 1, 2, 3, 4  
б) Верно 2, 3, 4, 5  
в) Верно 1, 3, 4, 5  
г) Верно 2, 3, 4  
д) Верно 1, 2, 3, 4, 5
28. 1028 Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:  
а) Острый панкреатит  
б) Механическая желтуха  
в) Хронический панкреатит  
г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках  
д) Холедохолитиаз
29. 1029 Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:  
а) Пероральная холецистография  
б) Внутривенная холецистохолангиография  
в) Ретроградная холангиография  
г) Сцинтиграфия печени  
д) Прямая спленопортография
30. 1030 Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:  
а) С томографии легких  
б) С прицельной рентгенографии  
в) С бронхографии  
г) С суперэкспонированной рентгенографии  
д) С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях
31. 1031 При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:  
а) Пневмомедиастиноскопия  
б) Бронхография  
в) Бронхоскопия  
г) Пневмомедиастинотография  
д) Искусственный пневмоторакс
32. 1032 Стеаторея характерна:  
а) Для постхолецистэктомического синдрома  
б) Для острого панкреатита  
в) Для хронического панкреатита  
г) Для печеночной недостаточности  
д) Для болезни Крона
33. 1033 Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:  
а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки  
б) Полную обтурацию просвета кишки  
в) Нишеподобные выпячивания  
г) Сегментарный спазм

- д) Наличие чаш Клойбера
34. 1034 Барьевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет
- а) Наличие чаш Клойбера
  - б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
  - в) Нишеподобные выпячивания
  - г) Сегментарный спазм
  - д) Полную обтурацию просвета кишки
35. 1035 Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка
- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
  - б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
  - в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
  - г) Не требуется специальной подготовки
  - д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования
36. 1036 Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:
- а) Реовазография
  - б) Проба Дельбе-Пертеса
  - в) Флебодиагностика
  - г) Ультразвуковая доплерография
  - д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы
37. 1037 Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:
- а) ФГДС
  - б) Обзорная рентгенография брюшной полости
  - в) Пероральная холецистография
  - г) Внутривенная холерафия
  - д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью
38. 1038 После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:
- а) Ph артериальной крови и СО-2
  - б) Гемоглобин и гематокрит
  - в) ЦВД
  - г) Насыщенность крови кислородом
  - д) Количество эритроцитов в периферической крови
39. 1039 При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:
- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
  - б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
  - в) ФГДС
  - г) УЗИ брюшной полости
  - д) Лапароскопию
40. 1040 При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
- а) Экстренную гастродуоденоскопию
  - б) Обзорную рентгенографию брюшной полости
  - в) Лапароскопию
  - г) Рентгенографию желудка
  - д) Ангиографию
41. 1041 Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:
- а) Рака толстой кишки
  - б) Рака поджелудочной железы
  - в) Рака печени
  - г) Рака печени и поджелудочной железы
  - д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

#### 4. Методы лечения в хирургии

42. 1042 Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной:
- а) 250 мл
  - б) 500 мл
  - в) 1000 мл
  - г) 1500 мл
  - д) 2000 мл



43. 1043 Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:

- а) 1000 мл
- б) 750 мл
- в) 500 мл
- г) 250 мл
- д) Менее 250 мл

44. 1044 ОЦК у взрослых мужчин составляет:

- а) 50 мл/кг
- б) 60 мл/кг
- в) 70 мл/кг
- г) 80 мл/кг
- д) 90 мл/кг

45. 1045 Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:

- а) 20-25%
- б) 30%
- в) 35%
- г) 40%
- д) 45%

46. 1046 Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритромаcсы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 1, 3
- в) Верно 2, 4
- г) Верно 2, 3
- д) Верно 3, 4

47. 1047 Переливание несовместимой крови ведет к развитию: 1. гемотрансфузионного шока 2. отека легких 3. гемолиза 4. острой почечной недостаточности 5. геморагического синдрома Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 1, 3, 4
- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 4

48. 1048 К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся: 1. групповая совместимость 2. индивидуальная совместимость 3. биологическая проба 4. определение резус совместимости 5. определение резус фактора Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 2, 3, 4
- г) Верно 1, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 4

49. 1049 Для лечения гиповолемии вначале используют:

- а) Вазопрессоры
- б) Кардиотонические средства
- в) Плазмозаменители
- г) Эритромаcсу
- д) Донорскую кровь

50. 1050 Нейротоксическим действием обладают:

- а) Пенициллин и линкомицин
- б) Кефзол и пенициллин
- в) Полимиксин и стрептомицин
- г) Стрептомицин и кефзол
- д) Линкомицин и стрептомицин

51. 1051 При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируются:

- а) Оксациллин
- б) Эритромицин
- в) Канамицин
- г) Метациклин
- д) Пенициллин

52. 1052 Гепатотоксическим действием обладает:
- Пенициллин
  - Тетрациклин
  - Линкомицин
  - Колимицин
  - Цефамезин
53. 1053 Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является:
- Левомецетин
  - Тетрациклин
  - Эритромицин
  - Ампиокс
  - Олеандомицин
54. 1054 Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает:
- Окситетрациклин
  - Полимексин
  - Линкомицин
  - Цефазолин
  - Левомецетин
55. 1055 Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием всего перечисленного: 1. Эритроциты 2. Альбумина 3. Плазмы 4. Криопреципитата 5. Тромбоциты Выберите правильный ответ:
- Верно 1, 2, 3, 4
  - Верно 1, 3, 4, 5
  - Верно 2, 3, 4
  - Верно 3, 4, 5
  - Верно 2, 3, 4
56. 1056 Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:
- Первых суток
  - 2 суток
  - 3 суток
  - 1 недели
  - Срок не ограничен, если она жидкая
57. 1057 Среди перечисленных ниже антибактериальных средств обладают как бактерицидным, так и бактериостатическим действием:
- Потесептил, рифампицин, ванкомицин
  - Неомицин, метациклин, ампиокс
  - Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин
  - Рифамид, миноциклин, сизомицин
  - Ванкомицин, оксиглюкоциклин, азлоциллин
58. 1058 Больному с A2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:
- A2B (IV)
  - 0 (I)
  - Только одногруппную плазму
  - B (III)
  - Любую сухую
59. 1059 Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень  $pO_2$  при ингаляции чистым кислородом:
- Ниже 40 мм рт. ст.
  - Ниже 50 мм рт. ст.
  - Ниже 60 мм рт. ст.
  - Ниже 70 мм рт. ст.
  - Правильного ответа нет
60. 1060 Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются: 1. pH менее 7,3 2.  $pCO_2$  менее 40 мм рт. ст. 3. менее 20 мм рт. ст. 4. BE более - 5 ммоль/л 5. BE более - 10 ммоль/л
- Верно 1, 2, 3
  - Верно 3, 4, 5
  - Верно 2, 4
  - Верно 1, 2, 4
  - Верно 1, 3

61. 1061 Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются: 1. рН более 7,45 2. рСО<sub>2</sub> менее 40 мм рт. ст. 3. менее 60 мм рт. ст. 4. ВЕ более + 5 ммоль/л 5. ВЕ более + 10 ммоль/л
- а) Верно 1, 2, 3
  - б) Верно 1, 2, 4
  - в) Верно 3, 4, 5
  - г) Верно 2, 4
  - д) Верно 1, 3
62. 1062 При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:
- а) Гистамина
  - б) Гистамина и серотонина
  - в) Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)
  - г) Гистамина, серотонина, медленно реагирующей субстанции (МРС) и брадикинина
  - д) Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина
63. 1063 При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:
- а) Норадrenalин
  - б) Преднизолон
  - в) Димедрол
  - г) Хлористый кальций
  - д) Адреналин
64. 1064 После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:
- а) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - после первого приема пищи
  - б) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка - 3 суток
  - в) Желудок через - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка - 3 суток
  - г) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа
  - д) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - немедленно, толстая кишка - 24 часа
65. 1065 Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:
- а) Увеличение вязкости крови
  - б) Снижение активности крови
  - в) Снижение давления в системе воротной вены
  - г) Активация процесса перехода протромбина в тромбин
  - д) Снятия спазма вен портальной системы
5. Обезболивание и интенсивная терапия
66. 1066 Фентанил является:
- а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут
  - б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты)
  - в) Нейролептиком
  - г) Препаратом выраженного психотропного действия
  - д) Антидепрессантом
67. 1067 Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие всего перечисленного: 1. Недостаточной глубины наркоза 2. Манипуляций в области рефлексогенных зон 3. Введение солевых растворов 4. Нарушения газообмена 5. Уменьшение ОЦК из-за кровопотери
- а) Верно 1, 2, 3, 4
  - б) Верно 1, 3, 4, 5
  - в) Верно 1, 2, 4, 5
  - г) Верно 2, 3, 4, 5
  - д) Верно 3, 4, 5
68. 1068 Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному: 1. Септическому флебиту 2. Химическому флебиту 3. Тромбоэмболии 4. Септицемии 5. ДВС-синдрому. Выберите правильный ответ:
- а) Верно 1, 2, 3, 5
  - б) Верно 1, 3, 4, 5
  - в) Верно 2, 3, 4, 5
  - г) Верно 3, 4, 5
  - д) Верно 1, 2, 3, 4
69. 1069 Изменение кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при рН:
- а) 7.25-7.43
  - б) 7.46-7.51
  - в) 7.35-7.45

- г) 7.19-7.28
- д) 7.10-7.18

70. 1070 Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

- а) 0,8%
- б) 3%
- в) 4,2%
- г) 5%
- д) 10%

71. 1071 Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является: 1. отсутствие пульса и АД 2. остановка дыхания 3. отсутствие сознания 4. акроцианоз 5. отсутствие сердечных тонов

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 5
- д) Верно 3, 4, 5

72. 1072 Показанием к прямому массажу сердца является:

- а) Остановка дыхания
- б) Остановка сердца
- в) Потеря сознания
- г) Отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
- д) Фибриляция сердца

73. 1073 Отек легких развивается: 1. при увеличении отрицательного внутрилегочного давления 2. при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах 3. при повышении коллоидно-осмотического давления крови 4. при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких 5. при снижении проницаемости мембран

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 3, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 4

74. 1074 Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное: 1. внутривенное введение дыхательных аналептиков 2. санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение 3. кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких 4. введение мочегонных и гормонов 5. При необходимости - ганглиолитики. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3, 4
- в) Верно 1, 2, 3, 5
- г) Верно 1, 2, 4, 5
- д) Верно 3, 4, 5

75. 1075 Интенсивная терапия астматического статуса включает: 1. введение адреналина 0,3 мл 2. кортикостероиды 240 мг гидрокортизона на 5% раствора глюкозы 3. оксигенотерапию 4. бикарбонат натрия 5. ИВЛ 6. инъекционную бронхоскопию с лаважем бронхиального дерева 7. регидратацию 8. ганглиолитики 9. подавление кашля. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- б) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9
- в) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- г) Верно 5, 6, 7, 8, 9
- д) Верно 1, 2, 4, 5

76. 1076 При утоплении в морской в воде следует ожидать развития:

- а) Гиперволемии
- б) Гемолиза
- в) Гиперосмолярного отека легких
- г) Повышения калия в крови
- д) Острой почечной недостаточности

77. 1077 Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо: 1. опорожнить желудок через зонд 2. дать слабительное 3. назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды 4. назначить циметидин 5. дать трисилинат магния по схеме. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 4
- д) Верно 3, 4, 5

78. 1078 Инфекционно-токсический шок может развиваться: 1. при перитоните 2. при пневмонии 3. при эндометрите 4. при менингите 5. при инфекционном эндокардите 6. при пиелонефрите
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
  - б) Верно 1, 2, 3, 4
  - в) Верно 3, 4, 5, 6
  - г) Верно 4, 5, 6
  - д) Верно 1, 2, 5, 6
79. 1079 Альбумины обладают всеми перечисленными свойствами, потому что:
- а) Способствуют привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле
  - б) Играют важную роль в поддержании коллоидно-осмотического давления плазмы
  - в) Являются универсальным средством транспорта ферментов, гормонов, лекарственных веществ
  - г) Являются резервом белкового питания организма
  - д) Могут вызвать сывороточный гепатит
80. 1080 Время кровотечения удлиняется:
- а) При травмах и разможениях мышц
  - б) При гемолитических кризах.
  - в) При резко выраженной тромбоцитопении
  - г) При асфиксии
  - д) При ожоговой травме
81. 1081 Время свертывания крови увеличивается:
- а) При гипокоагуляции
  - б) При гиперкоагуляции
  - в) При анемии
  - г) При увеличении фибриногена в крови
  - д) При ожогах
82. 1082 Продукты деградации фибриногена (ПДФ):
- а) Не влияют на свертывание крови
  - б) Обладают антикоагулянтными свойствами
  - в) Вызывают гиперкоагуляцию
  - г) Свидетельствуют о снижении концентрации фибриногена
  - д) Свидетельствуют о снижении тромбинового времени
83. 1083 Для терминальной фазы перитонита характерно: 1. токсическое поражение ЦНС 2. развитие функциональной кишечной непроходимости 3. развитие ДВС-синдрома 4. развитие печеночно-почечной недостаточности 5. иммунодефицит
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - б) Верно 2, 3, 4
  - в) Верно 3, 4, 5
  - г) Верно 1, 2, 4
  - д) Верно 2, 3, 5
84. 1084 При диабетической коме наблюдается:
- а) Декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом
  - б) Гипонатриемия с метаболическим алкалозом
  - в) рН выше 7.35
  - г) Гипонатриемия с метаболическим ацидозом
  - д) Декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом
85. 1085 При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты: 1. адреналин 2. глюкокортикоиды 3. антигистаминные 4. плазмозаменители 5. хлористый кальций 6. кофеин
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
  - б) Верно 1, 2, 3, 4
  - в) Верно 4, 5, 6
  - г) Верно 1, 2, 5, 6
  - д) Верно 5, 6
86. 1086 Причинами перегрузки правого сердца являются: 1. тромбоэмболия легочной артерии 2. пневмоторакс 3. массивный ателектаз 4. гидроторакс 5. массивная пневмония 6. астматический статус 7. тромбоз нижней полой вены
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
  - б) Верно 1, 2, 3, 4
  - в) Верно 2, 3, 4, 5
  - г) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
  - д) Верно 3, 4, 5, 6, 7

87. 1087 Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится: 1. к предварительной водной нагрузке 2. к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1,5 в/кг 3. к введению растворов электролитов с учетом ионogramм 4. к введению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумина, аминоксептид)

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 3, 4
- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 3, 4

88. 1088 Интенсивная терапия при остром панкреатите включает: 1. лечение шока и гиповолемии 2. лечение дыхательных нарушений 3. коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС 4. купирование болевого синдрома 5. назначение цитостатиков и антиферментных препаратов 6. локальную гипертермию желудка

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
- б) Верно 1, 2, 3
- в) Верно 4, 5, 6
- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

89. 1089 Наиболее выраженным объемом эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы: 1. декстраны 2. растворы желатина 3. плазма 4. Рингер-лактат 5. кристаллоиды. Выберите правильную комбинацию:

- а) Верно 1, 3
- б) Верно 2, 3
- в) Верно 3, 4
- г) Верно 4, 5
- д) Верно 1, 2

90. 1090 При применении декстранов возможны: 1. перегрузка кровообращения 2. опасность кровотечения 3. почечная недостаточность 4 все ответы правильные. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 1, 2, 4
- б) Верно 2, 3, 4
- в) Верно 1, 3, 4
- г) Верно 1, 2, 3
- д) Верно 1, 4

91. 1091 При распространенном внутрисосудистом тромбозе необходимо водить все нижеперечисленное: 1. Гепарин 2. Фибриноген 3. Фибринолизин 4. Тромбоцитарную массу Выберите правильную комбинацию:

- а) Верно 1, 2, 3
- б) Верно 1, 2, 3, 4
- в) Верно 2, 3, 4
- г) Верно 1, 3, 4
- д) Верно 1, 3

92. 1092 Опасными осложнениями при лечении диабетической комы являются все перечисленные: 1. Гипогликемии 2. Гипокалиемия 3. Отека мозга - синдром дисэквилибирования 4. Расстройства дыхания 5. Артериальной гипертензии. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 2, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 4, 5
- д) Верно 1, 2, 3, 4

93. 1093 Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:

- а) Показатели Нв, числа эритроцитов
- б) Показатели пульса и артериального давления
- в) Бледность кожных покровов
- г) Коллапс
- д) Дефицит глобулярного объема

#### 6. Нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия

94. 1100 Для сотрясения мозга характерно: 1. Потеря сознания 2. Тошнота, рвота 3. Головная боль 4. Истечение ликвора из уха 5. Ретроградная амнезия.

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 5
- д) Верно 3, 4, 5

95. 1101 Характерными признаками для субдуральной гематомы являются: 1. Вторичная потеря сознания 2. Развитие генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы 3. Анизокория 4. Птоз верхнего века 5. Гемипарез или гемиплегия

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 5
- д) Верно 2, 3, 4, 5

96. 1102 При сотрясении головного мозга наиболее характерным является:

- а) Кровотечение из носа
- б) Потеря сознания
- в) Головная боль
- г) Эпилептические припадки
- д) Головокружение, нистагм

97. 1103 Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

- а) Сильная головная боль
- б) Рвота
- в) Ликворея из носа
- г) Подкожная гематома
- д) Наличие перелома на краниограмме

98. 1104 Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

- а) Сильная головная боль
- б) Неоднократная рвота
- в) Однократная рвота
- г) Истечение жидкости из носа
- д) Кровоподтек под глазом

99. 1105 При наличии проникающей ЧМТ с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

- а) Наложить швы на кровоточащую рану
- б) Наложить давящую повязку
- в) Произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа
- г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану
- д) Произвести тампонаду раны

100. 1106 Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

- а) Ограничение открывания рта
- б) Нарушение прикуса
- в) Кровотечение из носа
- г) Ассиметрия лица
- д) Диплопия

101. 1107 При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:

- а) Отправить больного домой
- б) Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь
- в) Госпитализировать в травматологическое отделение
- г) Госпитализировать в нейрохирургическое отделение
- д) Оставить под наблюдением в поликлинике

102. 1108 Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга является: 1. Нарастание неврологической симптоматики 2. Нарушение проходимости субарахноидального пространства 3. Наличие крови в ликворе 4. Синдром острого переднего повреждения спинного мозга 5. Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 1, 2, 4, 5
- г) Верно 2, 3, 4, 5
- д) Верно 2, 3, 4

103. 1109 Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

- а) Сотрясение спинного мозга
- б) Ушиб шейного отдела спинного мозга
- в) Сдавление спинного мозга
- г) Ушиб грудного отдела спинного мозга

д) Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

104. 1110 Показания для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:

- а) Нарастающий болевой синдром
- б) Онемение в области промежности
- в) Остро возникшие тазовые расстройства
- г) Постепенно нарастающие чувствительные нарушения
- д) Все перечисленное

## 7. Грудная хирургия

105. 1111 У больного 50 лет жалобы на сухой кашель. Вероятно имеются основания заподозрить:

- а) Бронхит острый
- б) Бронхоэктатическую болезнь
- в) Плеврит
- г) Рак легкого
- д) Бронхит хронический

106. 1112 При наличии у больного абсцесса легкого, бронхоскопию следует рассматривать как метод:

- а) не имеющий никакого значения
- б) Имеющий значение для уточнения диагноза
- в) Имеющий лечебное значение
- г) Имеющий лечебное и диагностическое значение
- д) Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

107. 1113 При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно:

- а) Госпитализировать в терапевтическое отделение
- б) Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.
- в) Немедленно сделать бронхоскопию
- г) Сделать бронхографию
- д) Назначить лечение в хирургическом отделении в течении двух недель, а затем радикальная операция

108. 1114 Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан отвергнуть:

- а) Рак легкого
- б) Доброкачественную опухоль
- в) Эмфизему легкого
- г) Инородное тело
- д) Кисту легкого

109. 1115 Переднее средостение является излюбленным местом локализации:

- а) Энтерогенной кисты средостения
- б) Бронхогенной кисты средостения
- в) Целомической кисты перикарда
- г) Лимфогранулематоза средостения
- д) Тимомы

110. 1116 В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как:

- а) Липома средостения
- б) Невринома средостения
- в) Паразитарная киста средостения
- г) Дермоидная киста средостения
- д) Мезотелиома локальная

111. 1117 Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

- а) Пневмотомия
- б) Клиновидная резекция легкого
- в) Пневмоэктомия
- г) Лобэктомия
- д) Торакопластика

112. 1118 Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является:

- а) Бронхография
- б) Рентгенография
- в) Рентгеноскопия
- г) Томография
- д) Компьютерная томография



113. 1119 Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:
- Верхние доли обоих легких
  - Базальные сегменты нижних долей
  - Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого
  - Среднюю долю
  - Отдельные сегменты обоих легких
114. 1120 Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол":
- является характерным только для бронхоэктатической болезни
  - Может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры
  - Более характерен для пороков сердца
  - Характерен для актиномикоза
  - Характерен для туберкулеза
115. 1121 Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:
- Верхняя доля
  - Средняя доля
  - Нижняя доля
  - Язычковый сегмент
  - Любая доля и любой сегмент обоих легких
116. 1122 У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:
- Гемостатическая терапия
  - Искусственный пневмоторакс
  - Пневмоперитонеум
  - Тампонада дренирующего бронха
  - Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого
117. 1123 У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:
- Плевральная пункция
  - Назотрахеальная катетеризация
  - Микротрахеостома
  - Лечебная трахеостома
  - Лечебная бронхоскопия
  - Дренирование плевральной полости
118. 1124 Наиболее характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является:
- Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
  - Кашель с большим количеством гнойной мокроты
  - Высокая температура
  - Кровохарканье
  - Симптом "барабанных палочек"
119. 1125 Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:
- Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
  - Первичная несостоятельность культи бронхе
  - Внутриплевральное кровотечение
  - Ателектаз легкого
  - Напряженный пневмоторакс
120. 1126 При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно:
- По средней аксиллярной линии в 6 межреберье
  - Во 2-м межреберье по среднеключичной линии
  - В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии
  - В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
  - 2 дренажа: во 2-м межреберье по среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
121. 1127 При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начать:
- С плевральной пункции с аспирацией воздуха
  - С дренирования плевральной полости
  - С торокоскопии
  - С немедленной торокотомии
  - С симптоматического лечения

122. 1128 Больному 27 лет. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

- а) Сухой плеврит
- б) Инфаркт миокарда
- в) Тромбоз ветвей легочной артерии
- г) Спонтанный неспецифический пневмоторакс
- д) Ущемленную диафрагмальную грыжу

123. 1129 По клиническим данным заподозрен неспецифический спонтанный пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

- а) Торакоскопия
- б) Рентгеноскопия и рентгенография легких
- в) Плевральная пункция
- г) Сканирование легких
- д) Бронхоскопия

124. 1130 Лечение больного с пнонпневмотораксом начинается:

- а) С противовоспалительного лечения
- б) С вагосимпатической блокады
- в) С плевральной пункции
- г) С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
- д) С торакотомии

125. 1131 Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции, сопровождающейся введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести: 1. Внутриплевральное кровотечение 2. Воздушная эмболия головного мозга 3. Анафилактический шок 4. Плевропульмональный шок 5. Геморрагический шок

- а) Верно 1,2
- б) Верно 3,4
- в) Верно 3,5
- г) Верно 2,4
- д) Верно 2,3

126. 1132 Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение:

- а) Бронхоэктатической болезни
- б) Абсцесса
- в) Туберкулеза
- г) Острой пневмонии
- д) Эхинококкоза

127. 1133 Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является:

- а) Дренирование плевральной полости
- б) Плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- в) Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
- г) Широкая торакотомия
- д) Введение дренажа по Сельдингеру

128. 1134 Достоверным признаком кровотечения является:

- а) Выделение крови изо рта
- б) Кашель с выделением алой пенистой крови
- в) Наличие затемнения в легком
- г) Наличие экссудата в плевральной полости
- д) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии

129. 1135 Операция эзофагокардиомиотомии показана:

- а) При карциноме пищевода
- б) При ахалазии пищевода и кардиоспазме
- в) При диафрагмальной грыже
- г) При грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- д) При всем перечисленном

130. 1136 При дифференциальной диагностике рака кардии с кардиоспазмом необходимы все следующие данные: 1. Давность заболевания 2. Характера дисфагии 3. Особенности рентгенологической семиотики 4. Эндоскопической картины 5. Характера стула

- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 4, 5

д) Верно 1, 2, 3, 4

131. 1137 Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется: 1. Эзофагитом 2. Надрывами слизистой дна желудка 3. Зиянием кардиального жома 4. Эндоскопическая картина решающего значения не имеет 5. Надрывов слизистой гастро-эзофагального отдела

- а) Верно 1, 2, 3
- б) Верно 2, 3, 4
- в) Верно 3, 4, 5
- г) Верно 2 и 5
- д) Верно 1 и 3

132. 1138 Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

- а) Эндоскопия
- б) Инородное тело
- в) Трахеостомия
- г) Интубация трахеи при наркозе
- д) Спонтанный разрыв

133. 1139 Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:

- а) Лучевая терапия
- б) Химиотерапия
- в) Хирургическое лечение
- г) Электрокоагуляции опухоли
- д) Комбинированное лечение

134. 1140 Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

- а) Недостаточность кардиального сфинктера
- б) Алкоголизм
- в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- д) Употребление горячей пищи

135. 1141 При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают: 1. Дробное питание 2. Возвышенного положения туловища во время сна 3. Нормализация массы тела при ожирении 4. Диеты с низким содержанием клетчатки 5. Ношение свободного (не тесного) белья

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 3,4,5

136. 1142 Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

- а) Применять массивные гемостатические средства
- б) Применять гипотензивные средства
- в) Вводить малые гемостатические дозы крови
- г) Ввести зонд Блэк-Мора
- д) Хирургически прошить кровоточащие сосуды

137. 1143 Наиболее глубокие повреждения пищевода развиваются при приеме следующих химических агентов:

- а) Неорганических кислот
- б) Щелочей
- в) Органических кислот
- г) Лаков
- д) Суррогатов алкоголя

138. 1144 Наиболее глубокие ожоги пищевода вызываются:

- а) Кислотами
- б) Щелочами
- в) Суррогатами спирта
- г) Фосфорорганическими веществами
- д) Горячей водой

139. 1145 Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место:

- а) На всем протяжении пищевода
- б) В области глотки
- в) В области кардии
- г) В местах физиологических сужений
- д) В абдоминальном отрезке пищевода

140. 1146 У больного через 2 дня после пневмонэктомии развилась первичная несостоятельность культи бронха. Ему необходимы:
- Плевральная пункция
  - Дренирование плевральной полости
  - Бронхоскопия и нанесение биологического клея
  - Срочная реторакотомия
  - Наблюдение за больным
141. 1147 Показанием для срочной широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:
- Пневмоторакс
  - Гемоторакс
  - Свернувшийся гемоторакс
  - Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
  - Сам факт проникающего ранения
142. 1148 Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:
- Передне-боковая торакотомия на стороне ранения
  - Передне-боковая торакотомия слева
  - Стернотомия
  - Задне-боковая торакотомия слева
  - Левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения
143. 1149 При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо:
- Наложить циркулярную повязку на грудную клетку
  - Наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
  - Произвести паравертебральную сприт-новокаиновую блокаду
  - Выполнить вагосимпатическую блокаду
  - Выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)
144. 1150 Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:
- Кровохарканье
  - Гемоторакс
  - Пневмоторакс
  - Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
  - Гемо-пневмоторакс
145. 1151 Достоверным признаком разрыва диафрагмы является:
- Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
  - Боль в предреберье
  - Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
  - Ослабленное дыхание на стороне травмы
  - Общее тяжелое состояние больного
146. 1152 Для разрыва крупного бронха характерным является: 1. Напряженный пневмоторакс 2. Напряженная эмфизема средостения 3. Общее тяжелое состояние больного 4. Кровохарканье 5. Подкожная эмфизема
- Верно 1,2,3,4
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,5
  - Верно 1,2,3,5
  - Верно 2,3,4,5
147. 1153 Больной упал с высоты 7-этажного дома. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет:
- Передне-боковая торакотомия
  - Боковая торакотомия по 4 межреберью
  - Задне-боковая торакотомия
  - Стернотомия
  - Боковая торакотомия по 7-му межреберью
148. 1154 Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:
- Только дренирование плевральной полости
  - Гемостатическую консервативную терапию
  - Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого
  - Искусственную вентиляцию легких
  - Экстраплевральный остеосинтез

149. 1155 Основным методом лечения гемоторакса является:

- а) Плевральная пункция
- б) Дренирование плевральной полости
- в) Широкая торакотомия
- г) Торакотомия и ликвидация гемоторакса
- д) Подход должен быть строго индивидуальным

150. 1156 Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД -80/20 мм. рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука.

Можно предложить:

- а) Ранение легкого
- б) Торако-абдоминальное ранение
- в) Ранение сердца
- г) Ранение крупных сосудов средостения
- д) Плевро-пульмональный шок

151. 1157 Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:

- а) Внутривенное кровотечение
- б) Разрыв легкого
- в) Тупую травму сердца
- г) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную
- д) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования

152. 1158 Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм.рт.ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести:

- а) Плевральная пункция справа
- б) Плевральная пункция слева
- в) Левостороннюю торакотомию
- г) Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки
- д) Дренирование левой плевральной полости.

153. 1159 Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм.рт.ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. Лечебная тактика сводится:

- а) К дренированию плевральной полости
- б) К немедленной торакотомии
- в) К плевральным лечебным пункциям
- г) К только интенсивной терапии
- д) К интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости

154. 1160 У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

- а) Дренирование плевральной полости справа
- б) Дренирование обеих плевральных полостей
- в) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- г) Насечки на коже грудной клетки и шеи
- д) Динамическое наблюдение

155. 1161 У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двухсторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать:

- а) С дренирования обеих плевральных полостей
- б) С введения игл в подкожную клетчатку
- в) С интубации и искусственной вентиляции легких
- г) С наложения трахеостомии и искусственной вентиляции
- д) С двухсторонней торакотомии

156. 1162 При большом свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить:

- а) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
- б) Дренирование плевральной полости
- в) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
- г) Повторные плевральные пункции
- д) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

157. 1163 В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:

- а) Бронхоскопию

- б) Трансторакальную игловую биопсию
- в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- д) Исследование промывных вод при бронхоскопии

158. 1164 При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром 1 см на периферии верхней доли правого легкого, при отсутствии жалоб необходимо:

- а) Динамическое наблюдение
- б) Трансторакальная игловая биопсия
- в) Катетеризационная биопсия при бронхоскопии
- г) Торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результатов, соответствующий объем резекции легкого
- д) Верхняя лобэктомия без предварительной верификации

159. 1165 Основным методом лечения гемоторакса является:

- а) Плевральная пункция
- б) Дренажирование плевральной полости
- в) Широкая торакотомия
- г) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса
- д) Дренажирование плевральной полости двумя дренажами

160. 1166 Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:

- а) Пневмоторакс
- б) Свернувшийся гемоторакс
- в) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- г) Проникающее ранение грудной клетки
- д) Гемо-пневмоторакс

161. 1167 Больному 47 лет. Давно и много курит. В течении последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить:

- а) Хронический абсцесс легкого
- б) Хроническую пневмонию
- в) Рак легкого
- г) Туберкулез легкого
- д) Пневмосклероз

162. 1168 При напряженном пневмотораксе показано:

- а) Искусственная вентиляция легких
- б) Немедленное дренирование плевральной полости
- в) Срочная торакотомия
- г) Торакоскопия
- д) Трахеостомия

163. 1169 Наиболее частая локализация абсцесса легкого эмболического происхождения:

- а) Верхняя доля правого легкого
- б) Базальные отделы левого легкого
- в) Периферические отделы обоих легких
- г) Нижние доли обоих легких
- д) Междолевые промежутки с обеих сторон

164. 1170 Оптимальная тактика при остром абсцессе легкого первые дни от начала заболевания:

- а) Дренажирование плевральной полости
- б) Массивная антибактериальная терапия
- в) Санационная бронхоскопия
- г) Плевротомия
- д) Резекция легкого

165. 1171 Наиболее выгодное место дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса

- а) 2-е межреберье по средней ключичной линии
- б) 4-е межреберье по средней подмышечной линии
- в) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии
- г) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии
- д) 3-е межреберье по средней ключичной линии

166. 1172 Наилучшим методом лечения дивертикула Ценкера является:

- а) Фундопликация по Ниссену
- б) Крикофарингеальная миотомия и иссечение или подшивание дивертикула
- в) Иссечение дивертикула

- г) Операция Геллера
- д) Операция Беллц

167. 1173 Больной 60 лет , страдающий хроническим алкоголизмом, жалуется на дисфагию, чувство инородного тела в горле, похудание. Можно предположить:

- а) диффузный эзофагит
- б) дивертикул Ценкера
- в) ахалазия пищевода
- г) карцинома пищевода
- д) язвенный рефлюкс -эзофагит

168. 1174 Наиболее информативным диагностическим методом при определении лечебной тактики у больного со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а) рентгенография с пробой Вальсальва и в положении Тределенбурга
- б) фиброгастроуденоскопия
- в) мониторная рН-метрия пищевода
- г) измерение размеров грыжи
- д) оценка вредных привычек (курение, алкоголь)

169. 1175 Аденокарцинома дистальной части пищевода с кардией наилучшим образом излечивается при помощи:

- а) еюностомии для питания
- б) лучевой терапии
- в) химиотерапии 5 -Fu и митомицином С
- г) экстирпации пищевода
- д) обходного анастомоза с тонкой кишкой

170. 1176 Наиболее частая причина развития острого медиастинита:

- а) разрыв пищевода
- б) хирургическое вмешательство
- в) гнойный лимфаденит с распространением процесса
- г) распространение гнойных процессов с шеи
- д) вовлечении средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

171. 1177 Основные факторы риска развития рака молочной железы:

- а) наследственность
- б) неоднократная беременность с абортами
- в) травма молочной железы
- г) повышенный фон наружной радиации
- д) отсутствие беременности на фоне химической контрацепции

172. 1178 Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении:

- а) типичной пневмонэктомии
- б) расширенной пневмонэктомии
- в) пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки
- г) пневмонэктомии с резекцией бифуркаций трахеи
- д) лобэктомии

173. 1179 Существующее внутриплевральное давление:

- а) ниже атмосферного
- б) не зависит от давления в воздушных путях
- в) не изменяется в процессе дыхательного цикла
- г) одинаково во всех отделах плеврального пространства
- д) увеличивается при глотании

174. 1180 Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются: 1. при повреждении груди с открытым пневмотораксом, 2. при повреждении груди с клапанным пневмотораксом, 3. при массивном гемотораксе, 4. при подкожной эмфиземе

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 3,4
- г) верно 2,4
- д) верно 2,3

175. 1181 Во время анестезии при механической вентиляции при наличии одного легкого:

- а) перфузия в нижнем легком уменьшается
- б) вентиляция в нижнем легком уменьшается
- в) соотношение вентиляции перфузии нарушено больше перед спадением пораженного легкого, чем после
- г) физиологическое мертвое пространство увеличивается

д) среднее давление в легочной артерии уменьшается

176. 1182 Уменьшение торако - легочной подвижности (compliance) обычно наблюдается при : 1. эмфиземе 2. фиброзе легких 3. астме 4.раки легкого

- а) верно 1,2
- б) верно 2,3
- в) верно 2,3,4
- г) верно 1,2,3
- д) верно 1,2,4

177. 1183 Сильная девиация трахеи может быть вызвана:

- а) правосторонним пневмотораксом
- б) зобом
- в) коллапсом левого легкого
- г) левосторонней эмпиемой
- д) левосторонней пневмонэктомией

178. 1184 Абсолютными показаниями для интубации двухпросветной трубкой являются:

- а) опухоль легкого
- б) бронхоплевральный свищ
- в) необходимость выполнения лобэктомии
- г) ламинэктомия в торакальном отделении
- д) операция на пищеводе

179. 1185 При пневмонии основным фактором в возникновении гипоксемии является: 1. сокращение кровотока 2. поверхностное дыхание, гиповентиляция 3.повышение метаболизма 4. повышение внутрилегочного давления

- а) верно 1,3
- б) верно 3,4
- в) верно 2,3
- г) верно 1,2
- д) верно 1,4

180. 1186 Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается :

- а) при пневмотораксе
- б) при управляемой вентиляции
- в) при ателектазе
- г) при пневмонии
- д) при ларингоспазме

181. 1187 При повороте пациента из положени на спине в боковое , поглощение кислорода со стороны нижележащего легкого:

- а) уменьшается на 15-30%
- б) увеличивается на 15-30%
- в) не изменяется
- г) слегка увеличивается
- д) слегка уменьшается

182. 1188 Цианоз становится заметен, когда насыщение артериальной крови кислородом ниже:

- а) 100%
- б) 80%
- в) 85%
- г) 90%
- д) 95%

183. 1189 Абсолютным показанием к использованию двупросветных трахеальных трубок являются: 1. резекция бронхоэктатического сегмента 2. устранение бронхоплевральной фистулы 3.резекция гигантской кисты легкого 4.мезотелиома плевры

- а) верно 2,3
- б) верно 3,4
- в) верно 2,4
- г) верно 1,3
- д) верно 1,2

184. 1190 Неожидаемый хирургический пневмоторакс может быть связан с : 1. нефрэктомией и адреналэктомией 2. шейной симпатэктомией 3. тиреоэктимией и тархиостомией 4. гастрэктомией

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 3,4
- г) верно 2,3



д) верно 1,4

185. 1191 Преимуществами управляемой вентилиации при множественных переломах ребер считаются:

- а) снижение парадоксальной вентилиации и возможность использования положительного давления в конце выдоха
- б) снижение легочной инфекции
- в) предотвращение пневмоторака
- г) ускорение срачивания переломов ребер
- д) улучшение работы сердца

186. 1192 Развитие неспецифического спонтанного пневмоторакса связано с : 1. врожденной легочной кистой 2. буллезной болезнью 3. астмой 4. ревматоидным артритом

- а) верно 2,3
- б) верно 3,4
- в) верно 1,3
- г) верно 2,4
- д) верно 1,2

## 8. Хирургия сосудов

187. 1193 Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

- а) растворения фибрина
- б) приостановления роста тромба
- в) увеличения количества сгустков
- г) изменения внутренней оболочки сосудов
- д) снижения активности ДНК

188. 1194 Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбоз:

- а) лицевых вен
- б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в) глубоких вен верхних конечностей
- г) поверхностных вен нижних конечностей
- д) поверхностных вен верхних конечностей

189. 1195 Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны:

- а) резкий отек нижней конечности
- б) некроз пальцев стоп
- в) похолодание стопы
- г) симптом перемежающейся хромоты
- д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

190. 1196 К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные , кроме: 1. замедления тока крови в венах 2. нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. варикозного расширения вен 4. снижения фибринолитической активности крови 5. мерцательной аритмии

- а) верно 1,2,3,4,5
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 3,4,5
- г) верно 2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4

191. 1197 Маршевая проба проводится с целью выявления:

- а) несостоятельных коммуникантных вен
- б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- г) тромбоза подколенной артерии
- д) острого тромбоза

192. 1198 Проба Претта проводится с целью выявления:

- а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- в) несостоятельных коммуникативных вен
- г) острого тромбоза
- д) тромбоза подколенной артерии

193. 1199 Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются : 1. дистальные отеки 2. распирающие боли 3. повышение температуры тела 4. гиперемия кожи и отек по ходу вен 5. резкая болезненность при пальпации

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,2,3,4,5

- в) верно 2,3,4,5
- г) верно 1,2,4,5
- д) верно 2,3,5

194. 1200 Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2. ожирение 3. гиподинамия 4. онкологические заболевания 5. ишемическая болезнь сердца

- а) верно 2,3,4,5
- б) верно 1,2,3,4
- в) верно 1,3,4,5
- г) верно 1,2,4,5
- д) верно 3,4,5

195. 1201 Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1. отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2. перемежающаяся хромота 3. признаки трофических расстройств кожи голени 4. судороги по ночам 5. видимое расширение подкожных вен

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 2,3,4,5
- г) верно 3,4,5
- д) верно 2,4,5

196. 1202 К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:

- а) сокращение икроножных мышц
- б) возвышенное положение нижних конечностей
- в) длительный постельный режим
- г) бинтование ног эластическими бинтами
- д) раннее вставание

197. 1203 При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

- а) бебкока
- б) нарата
- в) маделунга
- г) троянова-тределенбурга
- д) линтона

198. 1204 Профилактика тромбэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все ниже перечисленное: 1. назначение гепарина 2. назначение дезагрегантов 3. лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5. бинтование ног эластичным бинтом

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,3,4,5
- г) верно 1,2,3,5
- д) верно 2,3,5

199. 1205 Операция Троянова-Тределенбурга заключается:

- а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-фemorального треугольника
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

200. 1206 Операция Нарата заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) удаление подкожных вен с помощью зонда
- г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

201. 1207 Операция Маделунга заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

202. 1208 Операция Клаппа заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени

- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

203. 1209 Операция Кокетта заключается

- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
- г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

204. 1210 Операция Линтона заключается:

- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
- г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

205. 1211 Наименшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- а) Комбинированным оперативным методом
- б) Операцией Линтона
- в) Операцией Бебкока
- г) Операцией Нарата
- д) Операцией Маделунга

206. 1212 Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :

- а) Антибиотики
- б) Спазмолитики
- в) Антикоагулянты
- г) Активные движения
- д) Парентеральное введение больших объемов жидкостей

207. 1213 Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно : 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

208. 1214 Для консервативной терапии острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,3,5
- г) Верно 2,3,4
- д) Верно 1,3,4,5

209. 1215 Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- а) Абсцессов
- б) флегмон
- в) флеботромбозов
- г) Лимфаденитов
- д) Эндартериита

210. 1216 Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- а) В необходимости профилактики лимфостаза
- б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
- в) В ускорении кровотока по глубоким венам
- г) В профилактике трофических расстройств
- д) В необходимости большей концентрации кровообращения

211. 1217 Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 1,2,4,5

- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 2,3,4

212. 1218 Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:

- а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда
- б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит
- в) Предотвратить сердечную недостаточность
- г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
- д) Обратиться в норму симптом Тинеля

213. 1219 При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:

- а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия
- б) Сафенэктомию по комбинированной методике
- в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную
- г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок
- д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.

214. 1220 Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:

- а) Кровохарканье
- б) Боли в грудной клетке
- в) Одышка
- г) Кашель с мокротой
- д) Шум трения плевры

215. 1221 При ранении воротной вены выполняется:

- а) Перевязка воротной вены
- б) Создание соустья с селезеночной веной
- в) Наложение сосудистого шва
- г) Операция Экка
- д) Резекция воротной вены

## 9. Хирургия органов брюшной полости

216. 1222 Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

- а) При остром деструктивном холецистите
- б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
- в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
- г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
- д) Тампон не ставят

217. 1223 При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:

- а) Сроком с момента прободения
- б) Степенью воспалительных изменений брюшины
- в) Величиной перфоративного отверстия
- г) Локализацией перфоративного отверстия
- д) Возрастом больного

218. 1224 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

219. 1225 При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

220. 1226 При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

221. 1227 Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

- а) Инсулемы поджелудочной железы
- б) Синдрома приводящей петли
- в) Пептической язвы анастомоза
- г) Демпинг-синдрома
- д) Синдрома малого желудка

222. 1228 Секретин образуется:

- а) В двенадцатиперстной кишке
- б) В печени
- в) В поджелудочной железе
- г) В дистальных отделах тонкой кишки
- д) В гипоталамусе

223. 1229 Основным стимулятором освобождения секретина является:

- а) Соляная кислота
- б) Продукты расщепления белков
- в) Жиры
- г) Углеводы
- д) Все перечисленные факторы

224. 1230 К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

225. 1231 Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

226. 1232 Резекция на выключение может быть выполнена:

- а) При низкой постбульбарной язве
- б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- д) При пенетрации язвы в печень

227. 1233 Одним из ранних остроого расширения желудка после операции является:

- а) Икота
- б) Отсутствие кишечных шумов
- в) Вздутие в области эпигастрия
- г) Тахикардия
- д) Рвота

228. 1234 Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

- а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- б) Лапароцентезом
- в) Назогастральной интубацией
- г) Перкуссией брюшной стенки
- д) Исследованием плазмы крови на серотонин

229. 1235 При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:

- а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
  - б) Поздней обращаемостью
  - в) Возможностью психозов
  - г) Возможностью суицидальных попыток
  - д) Всем перечисленным
230. 1236 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
231. 1237 Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
  - б) Постбульбарные язвы
  - в) Язвы малой кривизны желудка
  - г) Язвы большой кривизны желудка
  - д) Язвы всех указанных локализаций
232. 1238 К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,2,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 1,3,4,5
233. 1239 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
234. 1240 Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:
- а) Затекание 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
235. 1241 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
236. 1242 Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:
- а) Демпинг-синдрома
  - б) Гипогликемического синдрома
  - в) Синдрома "малого желудка"
  - г) Пептической язвы анастомоза
  - д) Синдрома приводящей петли
237. 1243 Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 1,2,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
238. 1244 К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера

- а) Верно 2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,3,4
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5
  - д) Верно 1,2,4,5
239. 1245 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
240. 1246 Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:
- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
  - б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
  - в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
  - г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
  - д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков
241. 1247 Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:
- а) Гипопротеинемия
  - б) Гипотензия во время операции
  - в) Аксиальный поворот тонкой кишки
  - г) Дуоденостаз
  - д) Послеоперационный панкреатит
242. 1248 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
243. 1249 Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:
- а) Малый диаметр прободного отверстия
  - б) Незначительное наполнение желудка
  - в) Топографическая близость соседних органов
  - г) Большой диаметр прободного отверстия
  - д) Хорошо развитый большой сальник
244. 1250 Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:
- а) При калезной язве
  - б) При пенетрирующей язве
  - в) При поверхностных эрозиях слизистой
  - г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
  - д) При рубцующейся язве
245. 1251 Рак желудка всегда метастазирует:
- а) В легкие
  - б) В печень
  - в) В регионарные лимфоузлы
  - г) В кости
  - д) По брюшине
246. 1252 Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4. Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пище
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 2,3,4,5
247. 1253 Рак желудка наиболее часто локализуется:
- а) В кардиальном отделе желудка
  - б) По большой кривизне

- в) По малой кривизне
- г) В антральном отделе желудка
- д) В дне желудка

248. 1254 К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастазы Крукенберга 3. Метастазы Вирхова 4. Метастазы Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

249. 1255 Операция гастростомии показана:

- а) При неоперабельном раке тела желудка
- б) При неоперабельном раке антрального отдела желудка
- в) При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
- г) При всех перечисленных случаях
- д) Ни в одном из перечисленных случаев

250. 1256 При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

- а) Вначале рассечь ущемленное 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

251. 1257 Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

252. 1258 При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

- а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- в) Поставить очистительную клизму
- г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
- д) Назначить теплую ванну

253. 1259 Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятной причиной является:

- а) Грыжа запирающего отверстия
- б) Прямая паховая грыжа
- в) Бедренная грыжа
- г) Косая паховая грыжа
- д) Скользящая грыжа

254. 1260 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

255. 1261 Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

- а) Бассини и Постемпского
- б) Мартынова
- в) Жирар-Спасокуцкого
- г) Руджи-Парлавецchio
- д) Ру

256. 1262 При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступая 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

257. 1263 При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

- а) Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- б) Выполнение срочной операции
- в) Наблюдение
- г) Консервативное лечение
- д) Вправление грыжи

258. 1264 При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

- а) К трансиллюминации и пальпации
- б) К пункции
- в) К перкуссии
- г) К аускультации
- д) К пальцевому исследованию прямой кишки

259. 1265 Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

- а) Впереди круглой связки
- б) Медиальнее бедренных сосудов
- в) Латеральнее бедренных сосудов
- г) Позади бедренных сосудов
- д) Медиальнее купферовской связки

260. 1266 Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:

- а) Рихтеровской
- б) Косой паховой
- в) Скользящей
- г) Прямой паховой
- д) Пупочной

261. 1267 Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

262. 1268 Для грыж пищевода отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 2,3,4,5

263. 1269 Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

264. 1270 Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно:

- а) Наличие болей в надлобковой области
- б) Наличие грыжевого выпячивания в паховой области
- в) Учащенное мочеиспускание и прерывистость
- г) Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
- д) Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

265. 1271 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

266. 1272 К грыжам требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:

- а) Бедренные
- б) Косые паховые
- в) Пупочные
- г) Грыжи белой линии живота
- д) Прямые паховые

267. 1273 При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

- а) В приводящей петле
- б) В отводящей петле
- в) В приводящей и отводящей петле в равной степени
- г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки
- д) На всем протяжении

268. 1274 Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать: 1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

269. 1275 Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4

270. 1276 При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

271. 1277 Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

- а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости
- б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- г) Улучшению кровоснабжения железы
- д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

272. 1278 Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

- а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- г) Купируют процессы кининообразования
- д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

273. 1279 При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сократительной функции миокарда

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,3,4,5

274. 1280 Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсульты

- а) Верно 1,2,4,5
  - б) Верно 1,2,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
275. 1281 При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:
- а) В артериальной крови
  - б) В венозной крови
  - в) В экссудате брюшной полости
  - г) В лимфе
  - д) В моче
276. 1282 Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:
- а) Беременность
  - б) Хронический холецистит
  - в) Алкоголизм
  - г) Травма живота
  - д) Применение кортикостероидов
277. 1283 Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:
- а) 16 единиц
  - б) 32 единицы
  - в) 64 единицы
  - г) 128 единиц
  - д) 256 единиц
278. 1284 Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 2,3,4,5
279. 1285 Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:
- а) Купирование болевого синдрома
  - б) Снятие спазма сфинктера Одди
  - в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
  - г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
  - д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию
280. 1286 Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:
- а) Травма живота
  - б) Применение кортикостероидов
  - в) Алкоголизм
  - г) Хронический холецистит
  - д) Цирроз печени
281. 1287 Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
282. 1288 Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает: 1. вскрытие и дренирование гнойных затеков 2. активную аспирацию из раны 3. Срочную радикальную операцию 4. Интенсивную терапию 5. Отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода
- а) Правильно 1,2,3 и 4
  - б) Правильно 2,3,4 и 5
  - в) Правильно 1,3,4 и 5
  - г) Правильно 1,2,4 и 5

д) Правильно 1,2,3 и 5

283. 1289 У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

- а) Эвентрация
- б) Образование кишечных свищей
- в) Тромбоэмболия легочной артерии
- г) Формирования гнойников брюшной полости
- д) Пневмония

284. 1290 Ведущим в лечении больных перитонитом является:

- а) Хирургическое вмешательство
- б) Дезинтоксикационная терапия
- в) Рациональная антибиотикотерапия
- г) Борьба с парезом кишечника
- д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

285. 1291 Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

286. 1292 Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

287. 1293 При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

- а) Стафилококка
- б) Протея
- в) Кишечной палочки
- г) Смешанной флоры
- д) Анаэробной флоры

288. 1294 Непосредственной причиной повреждения магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

289. 1295 Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

290. 1296 Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

291. 1297 Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени
- Верно 1,2,3,4
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,4,5
  - Верно 1,2,3,5
292. 1298 У больного холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки протока 5. Рак желчного пузыря
- Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,2,3,4
293. 1299 При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:
- Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
  - Наложить холедоходуоденоанастомоз
  - После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
  - Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
  - Наложить холедохэнтероанастомоз
294. 1300 Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:
- Диетическое
  - Медикаментозное
  - Хирургическое лечение
  - Санаторно-курортное
  - Лечение минеральными водами
295. 1301 Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
- Камнем пузырного протока
  - Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
  - Вклиненным камнем большого дуоденального сосочка
  - Вентильным камнем холедоха
  - Опухолью внепеченочных желчных протоков
296. 1302 К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия
- Верно 1,2,4,5
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,2,3,4
297. 1303 Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:
- Произвести холецистэктомию
  - Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
  - Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
  - Наложить холецистостому
  - Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
298. 1304 Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:
- Диетотерапия, применение спазмолитиков
  - Санаторно-курортное лечение
  - Плановое хирургическое лечение
  - Лечение сахарного диабета и стенокардии
  - Хирургическое лечение только по витальным показаниям
299. 1305 Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудочной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока
- Верно 1,2,4,5
  - Верно 1,2,3,4,5

- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4

300. 1306 Распознаванию механической желтухи более всего способствует:

- а) Пероральная холецистография
- б) Внутривенная холецистохолангиография
- в) Ретроградная (восходящая) холангиография
- г) Сцинтиграфия печени
- д) Прямая спленопортография

301. 1307 Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- а) С желчно-каменной болезнью
- б) Со стенозирующим папиллитом
- в) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
- г) С псевдотуморозным панкреатитом
- д) С опухолью головки поджелудочной железы

302. 1308 Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

- а) Слепой кишкой
- б) Малой кривизной желудка
- в) Двенадцатиперстной кишкой
- г) Тощей кишкой
- д) Ободочной кишкой

303. 1309 Желчные камни чаще всего состоят:

- а) Из холестерина
- б) Из цистина
- в) Из оксалатов
- г) Из солей желчных кислот
- д) Из мочевой кислоты

304. 1310 Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

- а) С острым холециститом
- б) С желчно-каменной болезнью
- в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
- г) С раком желчного пузыря
- д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

305. 1311 Пути проникновения инфекции в ткань печени являются: 1. Воротная вена 2. Печеночная артерия 3. Нижняя полая вена 4. Желчные протоки 5. Лимфатические сосуды

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,3,4,5

306. 1312 По воротной вене инфекция попадает в печень:

- а) Из воспалительных очагов органов брюшной полости
- б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов
- в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
- г) Из желчных протоков при гнойном холангите
- д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

307. 1313 Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:

- а) При остром деструктивном холецистите
- б) При заползании аскарид во внутривенные желчные протоки
- в) При нагноении вокруг инородного тела печени
- г) При нагноении паразитарной кисты печени
- д) При тяжелом гнойном холангите

308. 1314 Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:

- а) Резекция доли или сегмента печени
- б) Наложение билиодигестивного соустья
- в) Вскрытие и дренирование абсцесса
- г) Трансплантация печени
- д) Гемигепатэктомия

309. 1315 Заболевание амёбным абсцессом печени, как правило, совпадает:

- а) С учащением случаев амёбной дизентерии
- б) С учащением случаев инфекционного гепатита
- в) С учащением случаев описторхоза
- г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
- д) С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

310. 1316 Абсцессы амёбного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии: 1. Множественными подкапсульными расположениями 2. Крупными размерами 3. Отсутствием истинной пиогенной оболочки 4. Содержимым коричневатого цвета 5. Выпадением и гнойного осадка, напоминающего "кофейную гущу"

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,2,3,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,3,4,5

311. 1317 Специфическим антиамёбным средством являются:

- а) Антибиотики аминогликозидного ряда
- б) Метронидазол
- в) Эметин, хлорохин, дифосфат
- г) Хинин
- д) Антибиотики цефалоспоринового ряда

312. 1318 При наличии крупных амёбных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:

- а) С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамёбных препаратов
- б) С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
- в) С резекцией пораженной доли печени
- г) С гемигепатэктомией
- д) Применение антибиотиков широкого спектра действия

313. 1319 Для поздней стадии цирроза печени характерно: 1. Спленомегалия 2. Варикозное расширение вен пищевода 3. Варикозное расширение вен передней брюшной стенки 4. Асцит 5. Острое расширение желудка

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

314. 1320 Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия: 1. Спленомегалии 2. Высокого портального давления 3. Лейкопении, тромбоцитопении 4. Кровоточивости слизистой оболочки 5. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

315. 1321 Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

316. 1322 Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

- а) На 6-10 часов
- б) На 12-18 часов
- в) На 1-8 суток
- г) На 9-12 суток
- д) На 13-15 суток

317. 1323 Основными показаниями для наложения портокавального анастомоза является:

- а) Цирроз печени
- б) Асцит
- в) Кровотечение из вен пищевода
- г) Портальная энцефалопатия

д) Рецидивирующая желтуха

318. 1324 Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

- а) Интермиттирующая лихорадка
- б) Общая слабость
- в) Спленомегалия
- г) Кровоточивость слизистой оболочки носа
- д) Маточные кровотечения

319. 1325 Синдром Бадда-Хиари наблюдается чаще всего в возрасте:

- а) От 5 до 10 лет
- б) От 12 до 15 лет
- в) От 20 до 40 лет
- г) От 45 до 50 лет
- д) От 55 до 60 лет

320. 1326 К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

321. 1327 К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоение кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

322. 1328 Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

323. 1329 Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентериальных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

324. 1330 Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке всвязи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

325. 1331 Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной непроходимости, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течении 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4



- в) Верно 2,3,4
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 2,3

326. 1332 Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

327. 1333 Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

328. 1334 Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:

- а) При спаечной кишечной непроходимости
- б) При обтурационной кишечной непроходимости
- в) При странгуляционной кишечной непроходимости
- г) При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- д) При спастической форме динамической кишечной непроходимости

329. 1335 При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:

- а) С хирургического вмешательства
- б) С инфузионной терапии
- в) С введения назогастрального зонда
- г) С антибиотикотерапии
- д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия

330. 1336 В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:

- а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- б) Рецидив кисты
- в) Послеоперационное кровотечение
- г) Инфекция
- д) Злокачественное перерождение

331. 1337 Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

- а) Медикаментозное лечение
- б) Марсупилинизация
- в) Резекция тела поджелудочной железы
- г) Лучевая терапия
- д) Иссечение кисты

332. 1338 В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

- а) Цистогастростомия
- б) Цистоюностомия с межкишечным анастомозом
- в) Цистоюностомия на отключенной петле
- г) Цистостомия
- д) Цистодуоденостомия

333. 1339 Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

334. 1340 У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4

335. 1341 При остром расширении желудка если не принять неотложных мер, наиболее вероятным исходом будет:

- а) Болевой шок
- б) Разрыв желудка
- в) Перитонит
- г) Некроз слизистой оболочки желудка
- д) Легочная недостаточность

336. 1342 Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:

- а) Малая кривизна желудка
- б) Гастроэнтероанастомоз
- в) Оставленная язва в культе желудка
- г) Эрозивный гастрит
- д) Дуоденальная культя

337. 1343 При лимфогранулематозе желудка необходимо:

- а) Произвести резекцию желудка
- б) Произвести резекцию желудка и ваготомию
- в) Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию
- г) Назначить химиотерапию
- д) Назначить лучевую терапию

338. 1344 Бедренная грыжа характеризуется: 1. Небольшими размерами 2. Частым ущемлением 3. Опусканием в мошонку 4. Расположением ниже пупартовой связки 5. Выхождением через паховый канал

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

339. 1345 При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:

- а) Срочное оперативное вмешательство
- б) Теплая ванна с целью возможного спонтанного вправления
- в) Введение спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
- г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
- д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

340. 1346 Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыжи являются:

- а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
- б) Применение общей теплой ванны
- в) Вправление грыжи
- г) Проведение срочного оперативного лечения
- д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

341. 1347 При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см
- в) 25-30 см
- г) 40-50 см
- д) 60-70 см

342. 1348 Во время операции по поводу скользящей паховой грыжи могут возникнуть технические трудности, обусловленные тем, что:

- а) Имелась диагностическая ошибка
- б) Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка
- в) Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах
- г) Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции
- д) Чаще наблюдается левосторонняя локализация грыжи

343. 1349 Характерным симптомом геморрагического панкреатита является: 1. Большая интенсивность боли опоясывающего характера 2. Сонливость 3. Вздутие кишечника с выраженным перистальтическим шумом, слышимым на расстоянии 4. Появление левостороннего плеврального выпота 5. Наличие свободной жидкости в брюшной полости
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 2,3,4,5
344. 1350 Скорость продвижения метиленового синего по кишечнику составляет:
- а) 1 см/мин
  - б) 5 см/мин
  - в) 10 см/мин
  - г) 25 см/мин
  - д) 15 см/мин
345. 1351 Оптимальным для примывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости:
- а) 1-2 литров
  - б) 4-6 литров
  - в) 8-12 литров
  - г) 14-16 литров
  - д) 18-20 литров
346. 1352 Узлообразование чаще наблюдается между:
- а) Прямой и тонкой кишкой
  - б) Нисходящей и сигмовидной кишкой
  - в) Сигмовидной и тонкой кишкой
  - г) Петлями тонкой кишки
  - д) Слепой и тонкой кишкой
347. 1353 Водянка желчного пузыря развивается вследствие:
- а) Обтурации камнем общего желчного протока
  - б) Обтурации камнем общего печеночного протока
  - в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка
  - г) Обтурации камнем пузырного протока
  - д) Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки
348. 1354 При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является:
- а) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
  - б) Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
  - в) Экстренная дуоденоскопия
  - г) Ангиография
  - д) Лапароскопия
349. 1355 При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
- а) Экстренную гастродуоденоскопию
  - б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
  - в) Лапароскопию
  - г) Рентгеноскопию желудка
  - д) Ангиографию
350. 1356 Синдром Меллори-Вейса это:
- а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
  - б) Наличие "зеркальных" язв
  - в) Стеноз привратника
  - г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка
  - д) Стойкий спазм кардиального сфинктера
351. 1357 Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
- а) Появление перитонеальных признаков
  - б) Исчезновение грыжевого выпячивания
  - в) Дизурические явления
  - г) Повышение температуры
  - д) Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот
352. 1358 Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:
- а) Инвагинация

- б) Заворот
- в) Узлообразование
- г) Ущемленная грыжа
- д) Обтурация толстой кишки опухолью

353. 1359 Кровавый понос может иметь место при: 1. Язвенном колите 2. Терминальном илеите 3. Дизентерии 4. Острой порфирии 5. Ишемии толстой кишки

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

354. 1360 Наиболее частое место локализации карциноидной опухоли:

- а) Тонкая кишка
- б) Печень
- в) Подвздошная кишка
- г) Червеобразный отросток
- д) Толстая кишка

355. 1361 Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

- а) Перфорация
- б) Малигнизация
- в) Пенетрация
- г) Кровотечение
- д) Переход в хроническую язву

356. 1362 Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:

- а) Перитонита
- б) Панкреатита
- в) Кишечной непроходимости
- г) Анастомозита
- д) Кровотечения в просвет желудка

357. 1363 Наличие у больного после резекции желудка тошноты, рвоты, вздутия живота, неотхождения газов, боли в покое и при пальпации живота свидетельствуют о: 1. Кишечной непроходимости 2. Перитоните 3. Панкреатите 4. Анастомозите 5. Мезкишечном абсцессе

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

358. 1364 Язвенная болезнь желудка осложняется: 1. Кровотечением 2. Пенетрацией 3. Перфорацией 4. Малигнизацией 5. Стенозом

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

359. 1365 У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:

- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
- б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
- в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
- г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
- д) стволовую ваготомию и пилоропластику

360. 1366 При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение:

- а) Гематокритному числу
- б) Уровню гемоглобина
- в) Дефициту ОЦК
- г) Дефициту ГО
- д) Дефициту ОЦП

361. 1367 Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

- б) Язва желудка
- в) Рак желудка
- г) Синдром Меллори-Вейса
- д) Синдром Золлингера-Элиссона

362. 1368 У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

- а) Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- б) Кровотечение
- в) Гипогликемический шок
- г) Нарушения электролитного обмена
- д) Нарушение мозгового кровообращения

363. 1369 У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показан введение:

- а) Раствора глюкозы
- б) Инсулина
- в) Сердечных гликозидов и мезатона
- г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
- д) Переливание эритромазсы

364. 1370 У больного после резекции желудка возникла рвота типа "кофейной гущи". Ваша тактика:

- а) Повторная лапаротомия
- б) Переливание эритромазсы
- в) Введение аминокaproновой кислоты и хлористого кальция
- г) Промывание желудка
- д) Промывание желудка и фиброгастросткопия

365. 1371 Клиническими проявлениями демпинг -синдрома легкой степени являются:

- а) Головокружение после приема сладкой пищи
- б) Потливость
- в) Сердцебиение
- г) Слабость
- д) Анемия

366. 1372 У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:

- а) Резекция желудка
- б) Прошивание кровоточащего сосуда
- в) клиновидное иссечение язвы желудка
- г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
- д) Консервативное лечение

367. 1373 У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:

- а) Удаление кровоточащего дивертикула
- б) Левосторонняя гемиколоэктомия
- в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
- г) Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
- д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

368. 1374 Наиболее часто встречаются дивертикулы:

- а) В пищеводе
- б) В желудке
- в) В двенадцатиперстной кишке
- г) в ободочной кишке
- д) В тонкой кишке

369. 1375 Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:

- а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
- б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
- в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
- г) Новокаиновая блокада по Школьникову
- д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса

370. 1376 При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:

- а) Резекция кишки
- б) Клиновидное иссечение некротического участка
- в) Погружении участка некроза однорядным шелковым швом

- г) Погружении некротизированного участка 2-х рядным швом  
д) Выведение кишки наружу
371. 1377 Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:  
а) Перистальтика кишечной стенки  
б) Пульсация сосудов брыжейки  
в) Серозная оболочка блестящая, темно-вишневого цвета  
г) Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки  
д) Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки
372. 1378 При ущемленной гигантской послеоперационной грыжи необходимо:  
а) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листков грыжевого мешка  
б) Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произвести пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы  
в) Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить  
г) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими методами
373. 1379 При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится:  
а) Пункция образования  
б) Сканирование изотопом галлия  
в) Лечение антибиотиками  
г) Ирригоскопия  
д) Операция
374. 1380 При рассечении Жимбернатовой связки при ущемленной бедренной грыже был поврежден сосуд, которым оказалась :  
а) Бедренная вена  
б) Бедренная артерия  
в) Запирательная артерия  
г) Нижняя брыжеечная артерия  
д) Наружная подвздошная артерия
375. 1381 Ущемление противобрыжеечного края кишки наблюдается:  
а) При грыже Литре  
б) При грыже Рихтера  
в) При комбинированной паховой грыже  
г) При грыже спигелиевой линии  
д) При грыже треугольника Пти
376. 1382 Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается:  
а) Грыже спигелиевой линии  
б) Грыже треугольника Пти  
в) Грыже Рихтера  
г) Грыже Литре  
д) Комбинированной паховой грыже
377. 1383 При ущемленной грыже первоначально производим:  
а) Рассечение ущемляющего кольца  
б) Рассечение грыжевого мешка  
в) Лапаротомию  
г) Пункцию образования  
д) Введение спазмолитиков
378. 1384 У больного по дороге в больницу произошло самопроизвольное вправление ущемленной грыжи. Тактика хирурга предполагает:  
а) Лапаротомию и ревизию органов брюшной полости  
б) Наблюдение за больным в условиях стационара  
в) Очистительную клизму  
г) Отпустить больного домой  
д) Назначение антибиотиков
379. 1385 При грыжесечении по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи обнаружено, что одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузыря, что свидетельствует о наличии:  
а) Прямой паховой грыжи  
б) Косой паховой грыжи  
в) Бедренная грыжа  
г) Скользящей грыжи  
д) Ущемленной грыжи

380. 1386 На следующий день после операции грыжесечения по поводу прямой паховой грыжи у больного появились боли при мочеиспускании, марогематурия. Это обусловлено:

- а) Ранением мочевого пузыря
- б) острым циститом
- в) Почечной коликой
- г) Простатитом
- д) Обострением хронического пиелонефрита

381. 1387 Выкраивание лоскута для аутодермальной пластики при послеоперационных грыжах производится:

- а) В близи операционного рубца
- б) На животе
- в) На бедре
- г) На спине
- д) В ягодичных областях

382. 1388 Во время операции по поводу острого холецистита обнаружен выпот с примесью желчи, желчное пропитывание гепатодуоденальной связки и шейки желчного пузыря, причина этих изменений:

- а) Деструктивный холецистит
- б) Ферментативный холецистит
- в) Деструктивный панкреатит
- г) Перфорация пилородуоденальной язвы
- д) Гнойный холангит

383. 1389 Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой показано при:

- а) Гангренозном холецистите
- б) Перевезикальном абсцессе
- в) Синдроме Мирizzi
- г) Плотном паравезикальном инфильтрате
- д) Атипичном расположении желчных протоков

384. 1390 При остром расширении желудка в послеоперационном периоде больному следует:

- а) Ввести спазмолитики
- б) Установить постоянную аспирацию желудочного содержимого с коррекцией водно-электролитного состава
- в) 2 раза в сутки осуществлять эвакуацию желудочного содержимого
- г) Наложить гастроэнтероанастомоз по Вольфлеру
- д) Произвести стволовую ваготомию с пилоропластикой

385. 1391 При завороте желудка необходимо произвести:

- а) Резекцию желудка
- б) Разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине
- в) Разворачивание заворота и назогастральное дренирование
- г) Разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию
- д) Будете лечить больного консервативно

386. 1392 У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папулообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0,3 см. Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:

- а) эрозивный гастрит
- б) гемофилия
- в) болезнь Рандю-Ослера
- г) болезнь Менетрие
- д) ожог желудка соляной кислотой

387. 1393 При формировании наружного панкреатического свища показано:

- а) иссечение свища
- б) наложение анастомоза между свищом и тонкой кишкой
- в) резекция поджелудочной железы
- г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета
- д) пломбировка свища

388. 1394 Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:

- а) кининовый "взрыв"
- б) феномен "уклонения ферментов"
- в) значительное повышение активности апуд-системы
- г) выброс простогландинов
- д) отек брыжейки ободочной кишки

389. 1395 Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:
- а) атоксической дилатацией сосудов
  - б) резким повышением емкости портальной системы
  - в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межлунное пространство
  - г) сердечной недостаточностью
  - д) перегрузкой правого сердца
390. 1396 Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять: 1. введение баралгина и его аналогов 2. введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад. 4. введение морфина, фентанила. 5. продленная перидуральная блокада.
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 1,2,3,5
  - д) верно 1,2,3,4,5
391. 1397 Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах является:
- а) три недели
  - б) три месяца
  - в) нет определенного срока
  - г) до появления полиорганной недостаточности
  - д) после ликвидации мацерации кожи вокруг свища
392. 1398 Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является:
- а) сложность операции
  - б) образование послеоперационной грыжи
  - в) частые рецидивы после операции
  - г) возможность кровотечения
  - д) опасность инфицирования брюшной полости
393. 1399 Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:
- а) образованию кишечных свищей
  - б) кровотечению
  - в) нагноению раны
  - г) хроническому колиту
  - д) хроническому циститу
394. 1400 Смена obturаторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза:
- а) в 3 дня
  - б) в 5 дней
  - в) в 10 дней
  - г) в 14 дней
  - д) в 20 дней
395. 1401 Дисфагия после фундопликации по Ниссену обусловлена:
- а) повреждением блуждающих нервов
  - б) повреждением диафрагмального нерва
  - в) гиперфункцией манжеты
  - г) чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы
  - д) гипертонусом кардии
396. 1402 При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит:
- а) доступ по Кохеру, Федорову
  - б) торакоабдоминальный доступ
  - в) доступ по Черни
  - г) срединная лапаротомия
  - д) поперечная лапаротомия
397. 1403 Краевая резекция печени выполняется при :
- а) повреждении элементов глиссоновой триады
  - б) повреждении нижней полой вены
  - в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени
  - г) подкапсульных разрывах печени
  - д) отрыве сегмента печени
398. 1404 При ранении желудка выполняется:
- а) ваготомия+ушивание ран



- б) ушивание ран желудка
  - в) резекция желудка
  - г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран
  - д) пилоропластика+ушивание ран
399. 1405 Признаки повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки выявленными при лапаротомии является:
- а) отек гепатодуоденальной связки
  - б) отек корня брыжейки тонкой кишки
  - в) имбибирование кровью малого сальника
  - г) рефлюкс желчи в желудок
  - д) имбибирование желчью и области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки
400. 1406 При свежих повреждения двенадцатиперстной кишки показано:
- а) ушивание ее раны, зондирование двенадцатиперстной кишки
  - б) резекция 2\3 желудка
  - в) гастроэнтероанастомоз
  - г) ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистэктомия
  - д) гастродуоденостомия по Финнею
401. 1407 При ранениях поджелудочной железы без повреждения вирсунгова протока выполняется:
- а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
  - б) дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика панкреатита
  - в) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
  - г) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
  - д) дренирование сальниковой сумки
402. 1408 Резекция поджелудочной железы при ее ранения показана:
- а) при полных поперечных разрывах и размозжениях
  - б) при посттравматическом панкреатите
  - в) при ранении селезеночной артерии
  - г) при ранении головки поджелудочной железы
  - д) при обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки
403. 1409 При ранениях тонкой кишки обоснованным является:
- а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
  - б) энтеростомия
  - в) резекция тонкой кишки
  - г) наложение трансверзоэюноанастомоза
  - д) выполнение операции Майдля
404. 1410 Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:
- а) точечные кровоизлияния про серозной оболочке в области травмы
  - б) сквозное ранение тонкой кишки
  - в) отрыв кишки от брыжейки на протяжении 4 см и более
  - г) гематома брыжейки
  - д) обширная забрюшинная гематома
405. 1411 При свежих ранениях ободочной кишки показано:
- а) ушивание раны
  - б) ушивание раны и дренирование брюшной полости
  - в) гемиколэктомия
  - г) операция Лахейя
  - д) колостомия
406. 1412 Первичный склерозирующий холангит обусловлен:
- а) дуоденостазом
  - б) портальной гипертензией
  - в) панкреато-билиарным рефлюксом
  - г) перихоледохеальным лимфаденитом
  - д) хроническим колитом
407. 1413 Свежее повреждение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде диагностируется с помощью:
- а) чрезкожной чреспеченочной холангиографии
  - б) ретроградной панкреато-холангиографии
  - в) ретроградной панкреато-холангиографии+чрезкожной чреспеченочной холангиографии
  - г) фистулохолангиографии
  - д) УЗИ

408. 1414 Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
- а) механической желтухой
  - б) икотой
  - в) гнойным холангитом
  - г) жечеистечением
  - д) рвотой желчью
409. 1415 перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
- а) желчным перитонитом
  - б) лихорадкой
  - в) желчеистечением
  - г) механической желтухой
  - д) панкреонекрозом
410. 1416 Для длительного каркасного дренирования желчных протоков применяется:
- а) дренаж Фелькера
  - б) потерянный дренаж
  - в) Т-образный дренаж
  - г) Кера-Мейо-Робсона
  - д) сменный транспеченочный по Гетц-Сейпол-Куриану
411. 1417 При жечнокаменной непроходимости двенадцатиперстной кишки показано:
- а) декомпрессия желудка
  - б) введение спазмолитиков
  - в) дуоденостомия, удаление камня
  - г) низведение камня, энтеротомия
  - д) гастроэнтероанастомоз
412. 1418 При формировании гепатикоюноанастомоза длина петли тонкой кишки, выключенной по Ру, должна быть:
- а) до 30 см
  - б) 30-50см
  - в) 50-70см
  - г) 70-90см
  - д) 90-120см
413. 1419 Показанием к одномоментному двойному дренированию желчных протоков является:
- а) холедохолитиаз
  - б) хронический головчатый панкреатит
  - в) поликистоз печени
  - г) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха до 1.0см
  - д) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5см
414. 1420 Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена: 1.аневризмой брюшного отдела аорты 2.аневризмой брюшного отдела аорты 3.сдавлением мезентериальными сосудами 4.инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную 5. головчатым панкреатитом :
- а) верно 1,2,3,5
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 1, 2,3,4,5
  - д) верно 1,2,3,4
415. 1421 При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана:
- а) операция Микулича
  - б) вправление инвагината ректоскопом
  - в) чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
  - г) чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината
  - д) сигмостома
416. 1422 При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция:
- а) левосторонняя гемиколэктомия
  - б) резекция сигмовидной кишки
  - в) цекостомия
  - г) операция Гартмана
  - д) трансверзостомия
417. 1423 При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:
- а) ушивание перфорации, наложение двухствольного ануса
  - б) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости

- в) подведение тампонов к перфорации, наложение одноствольного ануса  
 г) цекостомия, дренирование брюшной полости  
 д) ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости
418. 1424 При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется:
- низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия
  - экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
  - петлевая сигмостомия и химиотерапия
  - низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени
  - петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия
419. 1425 Синдром Золлингера-Эллисона это:
- множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной , тощей и подвздошной кишки
  - сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
  - пептические язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с энтеритом или диареей
  - рецидивирующие язвы желудка и 12п.кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы
  - пептические язвы желудка на фоне атрофия слизистой
420. 1426 Метаболические изменения вследствие стеноза привратника включают: 1.гипокалиемию. 2. гипонатриемию 3.дыхательного ацидоза 4.сгущения крови 5. кислой реакции мочи
- верно 1,2,3,4
  - верно 1,3,4,5
  - верно 1,2,4,5
  - верно 2,3,4,5
  - верно 1,2,3,4,5
421. 1427 Критерием скользящей грыжи является:
- участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
  - участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
  - наличие грыжевого содержимого
  - отсутствие грыжевого содержимого
  - участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа
422. 1428 При флегмоне грыжевого мешка показано:
- консервативное лечение с антибиотиками
  - вскрытие флегмоны
  - дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
  - интубация кишечника зондом Милле-Эбота
  - операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника
423. 1429 Клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
- дисфагия
  - частая рвота желудочным содержимым
  - частые изжоги
  - похудание
  - неустойчивый стул
424. 1430 удлинение прогномбинового времени при желтухе не удастся корригировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о:
- наличии отдаленных метастазов
  - длительности механической желтухи
  - полной обструкции желчных протоков
  - выраженной гепатоцеллюлярной дисфункции
  - гемолитической желтухи
425. 1431 Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при острым панкреатите, способствует: 1.органичению патологического процесса в брюшной полости 2.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3.прекращению поступления ферментов и продуктов пасапада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4.улучшению кровоснабжения железы 5.уменьшению активности протеолитических ферментов
- верно 1,2,3,5
  - верно 1,3,4,5
  - верно 2,3,4,5
  - верно 1,2,3,4,5
  - верно 1,2,3,4
426. 1432 При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки , за исключением:
- отека малого сальника и печеночно-двенадцатипестной связки
  - уменьшения в размерах желчного пузыря

- в) выбухания стенки желудка кпереди
- г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

427. 1433 Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:

- а) хронический алкоголизм
- б) ЖКБ
- в) гиперпаратиреозидизм
- г) наследственный фактор
- д) травма

428. 1434 Причиной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости может быть:

- а) мерцательная аритмия
- б) обострения язвенной болезни желудка
- в) компрессионный перелом позвоночника
- г) гипертонический криз
- д) болезнь Крона

429. 1435 Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

- а) камнем пузырного протока
- б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
- г) вентильным камнем холедоха
- д) опухолью внепеченочных желчных протоков

430. 1436 Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли:

- а) в тощей кишке
- б) в подвздошной кишке
- в) в червеобразном отростке
- г) в толстой кишке
- д) в прямой кишке

## 10. Травматология и ортопедия

431. 1437 При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение:

- а) мягкой повязки Дезо
- б) гипсовой повязки Дезо
- в) шины Крамера
- г) гипсовой повязки по Вайнштейну
- д) торакобрахиальной гипсовой повязки

432. 1438 При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима:

- а) повязка Дезо
- б) фиксация шиной Крамера
- в) фиксация на шине ЦИТО
- г) фиксация шиной Ситенко
- д) торакобрахиальная повязка

433. 1439 К наиболее частым видам переломов дистального конца предплечья относятся: 1. перелом луча в типичном месте Коллеса 2. перелом луча в типичном месте Смита 3. перелом головки локтевой кости 4. перелом шиловидного отростка плечевой кости

- а) верно 1,2
- б) верно 2,3,
- в) верно 3,4
- г) верно 2,4
- д) верно 1,4

434. 1440 При переломах лучевой кости в типичном месте может повреждаться:

- а) длинный разгибатель большого пальца
- б) разгибатель указательного пальца
- в) длинный сгибатель большого пальца
- г) короткий лучевой разгибатель кисти
- д) длинный лучевой разгибатель кисти

435. 1441 При переломах лучевой кисти в типичном месте в качестве иммобилизации используется:

- а) тыльный гипсовый лангет
- б) круговая гипсовая повязка до локтевого сустава
- в) круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча

- г) ладонный гипсовый лангет  
д) тыльный и ладонный гипсовый лангет
436. 1442 В понятие растяжение связок входит:  
а) частичный надрыв связочного аппарата  
б) полный разрыв связок  
в) отрыв связок от места прикрепления  
г) отрыв связок с местом прикрепления  
д) отрыв связочного аппарата с разрывом мышц
437. 1443 Асептический некроз головки бедра может развиваться вследствие: 1. ушиба тазобедренного сустава 2. вывиха бедра 3. перелома шейки бедра 4. ушиба коленного сустава  
а) верно 1,2,3,4  
б) верно 2,3,4  
в) верно 1,2  
г) верно 1,2,3  
д) верно 3,4
438. 1444 Тактика врача при переломах шейки бедра у больных с тяжелыми соматическими, сопутствующими заболеваниями включает: 1. оперативное лечение 2. гипсовую повязку, скелетное вытяжение 3. раннее функциональное лечение 4. симптоматическое лечение 5. противовоспалительное лечение  
а) верно 2,3,4,5  
б) верно 1,2,3,4  
в) верно 1,2,3,5  
г) верно 1,2,4,5  
д) верно 1,3,4,5
439. 1445 Причина несросшегося перелома диафиза бедра: 1. смещение отломков 2. интерпозиция ткани между отломками 3. анатомо-физиологические особенности 4. ранняя нагрузка 5. все перечисленное  
а) верно 1,2,3,5  
б) верно 1,3,4,5  
в) верно 2,3,4,5  
г) верно 1,2,4,5  
д) верно 1,2,3,4
440. 1446 Заподозрить перелом фаланг пальцев стопы возможно на основании: 1. локальной боли 2. разлитой болезненности 3. усиления боли при осевой нагрузке 4. крепитации  
а) верно 1,2  
б) верно 2,3  
в) верно 1,4  
г) верно 3,4  
д) верно 1,3
441. 1447 При переломах костей таза чаще всего повреждаются:  
а) простата у мужчин и яичники у женщин  
б) уретра (простатическая ее часть)  
в) дистальная часть мочеиспускательного канала  
г) мочевого пузыря  
д) влагалище у женщин и половой член у мужчин
442. 1448 Клиническая картина воспаления мышцы складывается из перечисленных симптомов: 1. снижения функции конечности 2. боли 3. лимфаденита и лимфангоита 4. отека сегмента конечности 5. защитной контрактуры конечности  
а) верно 1,2,3,4  
б) верно 1,3,4,5  
в) верно 1,2,4,5  
г) верно 2,3,4,5  
д) верно 1,2,3,4,5
443. 1449 Разрыв сухожильно-мышечной части наиболее часто возникает в области:  
а) длинной головки двуглавой мышцы плеча  
б) короткой головки двуглавой мышцы плеча  
в) четырехглавой мышцы бедра  
г) двуглавой мышцы бедра  
д) трехглавой мышцы голени
444. 1450 Отрыв сухожилия с костным фрагментом преимущественно имеет место при повреждении:  
а) ахиллова сухожилия  
б) длинной головки двуглавой мышцы плеча

- в) трехглавой мышцы плеча
- г) четырехглавой мышцы бедра
- д) двухглавой мышцы бедра

445. 1451 Для отрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы характерно: 1. возникновение острой боли в области верхней трети плеча 2. ощущение своеобразного треска, щелчка 3. западение мягких тканей по передне-внутренней поверхности плеча, выше которого определяется выпячивание 4. резкое снижение силы сгибания предплечья в локтевом суставе 5. кровоизлияние и отек в области плеча

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) верно 2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4,5

446. 1452 Для разрыва четырехглавой мышцы бедра характерно: 1. повреждение сухожильной части четырехглавой мышцы бедра 2. отсутствие разгибательных движений голени 3. характерное западение мягких тканей над коленной чашечкой 4. неустойчивость в коленном суставе 5. возраст пострадавшего от 40 до 60 лет

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) верно 2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4,5

447. 1453 Для типичного подкожного разрыва ахиллова сухожилия характерно: 1. разрыв сухожилия, происходящего на фоне дегенеративно-трофических изменений 2. разрыв сухожилия, происходящего после неожиданного некоординированного резкого сокращения трехглавой мышцы голени 3. разрыв, чаще локализующегося в месте перехода мышцы в сухожилие 4. гематома, располагающаяся часто в области внутренней и наружной лодыжке

- а) верно 1,2
- б) верно 2,3
- в) верно 3
- г) верно 4
- д) верно 3,4

448. 1454 Для повреждения прямой мышцы живота характерно:

- а) кровоизлияние в передней брюшной стенке
- б) разрыв прямой мышцы живота, возникающего, как правило, при прямом ударе в момент расслабления брюшного пресса
- в) резкая боль в области брюшной стенки
- г) симптомы раздражения брюшины
- д) напряжение передней брюшной стенки

449. 1455 Рентгенодиагностика переломов позвоночника основывается на:

- а) снижении высоты тела позвонка
- б) изменении оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз)
- в) состоянии и нарушении кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела
- г) степени смещения межпозвонкового диска
- д) наличии гематомы в мягких тканях у тела позвонка

450. 1456 Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является: 1. основание черепа 2. остистый отросток 1-ого шейного позвонка 3. зуб 2-ого шейного позвонка 4. остистый отросток 7-ого шейного позвонка.

- а) верно 1,2
- б) верно 2,3
- в) верно 1,4
- г) верно 1,3
- д) верно 3,4

451. 1457 Отправными точками при счете ребра на рентгеновском снимке грудной клетки является: 1. 1-е ребро и ключица 2. контуры сердца 3. нижний угол лопатки 4. реберная дуга 5. 12-й грудной позвонок

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,3,4,5
- г) верно 1,2,3,5
- д) верно 1,3,4,5

452. 1458 Основными клиническими формами повреждения головного мозга из перечисленных являются: 1. сотрясение головного мозга 2. сдавление головного мозга 3. субарахноидальное кровоизлияние 4. внутречерепная гематома 5. ушиб головного мозга 6. отек головного мозга 7. пролапс головного мозга 8. дислокация головного мозга

- а) правильно 1,3,8
- б) правильно 1,2,6,7

- в) правильно 1,2,5
- г) правильно 1,4,5,6
- д) правильно 1,2,3,6

453. 1459 Синдром субарахноидального кровоизлияния проявляется перечисленными симптомами: 1. головной болью (как обручем стягивает голову) 2. головной болью, которая заметно усиливается при движении глазных яблок 3. положительным симптомом Брудзинского 4. возможным проявлением делириозного состояния 5. гемипарезом

- а) верно 1,3,4,5
- б) верно 2,3,4,5
- в) верно 1,2,4,5
- г) верно 1,2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4

454. 1460 Диагноз сотрясения головного мозга ставится на основании: 1. тошноты, головокружения 2. приливов крови к лицу, шума в ушах 3. перемежающейся, нестойкой анизокории 4. не выраженных менингеальных симптомов 5. мелкокорзинчатого нистагма, проходящего через 10-12 дней

- а) верно 1,2,4,5
- б) верно 1,3,4,5
- в) верно 2,3,4,5
- г) верно 1,2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4

455. 1461 Транспортировка пострадавших с открытым повреждением области сагитального синуса осуществляется:

- а) в лежачем положении на спине
- б) в лежачем положении на боку с приподнятой головой
- в) в полусидячем положении
- г) в положении на животе
- д) в положении на спине с приподнятой головой

456. 1462 Переломы костей голени без смещения отломков требуют:

- а) наложения разрезной гипсовой повязки
- б) скелетного вытяжения
- в) наложения компрессионно-дистракционного аппарата
- г) хирургического лечения
- д) функционального лечения

457. 1463 При переломе внутренней лодыжки рентгенограммы верхней трети голени производятся с целью выявления перелома: 1. внутреннего мыщелка большеберцовой кости 2. наружного мыщелка большеберцовой кости 3. головки малоберцовой кости или ее верхней трети 4. перелома надколенной чашечки

- а) верно 1,2
- б) верно 3,4
- в) верно 3
- г) верно 2
- д) верно 2,4

458. 1464 Для фиксации лодыжек после их вправления показана:

- а) циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка
- б) циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой
- в) разрезная циркулярная повязка типа сапожок
- г) У-образная повязка с лонгетой для стопы
- д) У-образная повязка без лонгеты для стопы

459. 1465 Признаками перелома пяточной кости являются:

- а) боли в области пяточной кости, уплощение свода стопы, деформация голеностопного сустава, опущение вершушек лодыжек на стороне перелома пяточной кости
- б) деформация голеностопного сустава, смещение внутренней лодыжки вверх
- в) гемартроз голеностопного сустава, уплощение внутреннего свода стопы
- г) боль в области расположения пяточной кости, отсутствие деформации голеностопного сустава
- д) боль в области пяточной кости и отек мягких тканей

460. 1466 При подозрении на разрыв диафрагмы наиболее информативным методом исследования является:

- а) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости
- б) рентгенография с перорально вводимым контрастом
- в) диагностическая пункция плевральной полости
- г) лапароцентез или лапароскопия
- д) ультразвуковое исследование грудной и брюшной полости

## 11. Термические повреждения (ожоги и отморожения)

461. 1467 О нарушении функции печени при ожоговом шоке свидетельствуют: 1. повышение уровня билирубина в сыворотке крови 2. гипергликемия 3. протромбинемия 4. повышение активности трансаминаз

- а) верно 2,3
- б) верно 1,3
- в) верно 3,4
- г) верно 4
- д) верно 1,2

462. 1468 Классификация глубины поражения, принятая для химических ожогов, выделяет:

- а) две степени
- б) три степени
- в) четыре степени
- г) пять степеней
- д) аналогична классификации при термических ожогах

463. 1469 Антибиотикотерапия у обожженных применяется:

- а) при поверхностных ожогах
- б) при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью
- в) при развитии осложнений
- г) для лечения обожженных в условиях поликлиники
- д) не применяется

464. 1470 Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является:

- а) полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы
- б) сдавление конечности циркулярным струпом
- в) острый гнойный артрит
- г) ампутация с целью уменьшения общей площади термических поражений и снижения интоксикации
- д) с целью улучшения сердечной деятельности

465. 1471 Клиническая картина при термическом глубоком поражении крупных суставов в первые дни после травмы характеризуется следующими признаками: 1. ожоговый струп включает в себя капсулу сустава 2. пострадавшие испытывают боли в суставах 3. пострадавшие испытывают ограничение движения в суставах 4. отмечается повышение температуры

- а) верно 1
- б) верно 2,3
- в) верно 3,4
- г) верно 1,4
- д) верно 1,3

466. 1472 При термических ожогах 111 А степени в обязательном порядке повреждается: 1. весь сетчатый слой кожи 2. частично органеллы кожи эпителиального характера 3. сосочковый слой 4. частично подкожно-жировая клетчатка

- а) верно 1,2
- б) верно 2,4
- в) верно 3,4
- г) верно 1,3
- д) верно 2,3

467. 1473 Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:

- а) к закрытию раны спиртовой повязкой
- б) к наложению на обожженную конечность повязки с мазью Вишневского
- в) к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
- г) наложение повязки с левомиколом
- д) наложение повязки с фурациллином

468. 1474 Для ожогового шока характерны: 1. нормальная температура тела 2. гипертермия 3. гиповолемия 4. анемия

- а) верно 1,2
- б) верно 1,4
- в) верно 2,3
- г) верно 3,4
- д) верно 1,3

469. 1475 Для острой ожоговой токсемии характерны: 1. гемоконцентрация 2. анемия 3. выраженная интоксикация 4. гипо- и диспротеинемия

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,3,4
- в) верно 1,3,4



- г) верно 3,4
- д) верно 1,2,3

470. 1476 Для коррекции ацидоза больному в ожоговом шоке следует ввести: 1.лактасол 2.трис-буфер 3.полиглюкин 4.5%раствор соды

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 2,3
- г) верно 3,4
- д) верно 2,4

471. 1477 Основными симптомами ожога от вольтовой дуги являются : 1. наличие меток тока 2.характерная локализация повреждения 3. металлизация кожи 4.поражение органа зрения

- а) верно 1,2,3
- б) верно 2,3,4
- в) верно 1,3,4
- г) верно 2,3
- д) верно 1,2,3,4

472. 1478 При обнаружении в ранах грамотрицательной инфекции следует применить : 1.борную мазь 2.фурацилиновую мазь 3. мафенид 4.йодопионовую мазь

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,2,3,4
- в) верно 1,3,4
- г) верно 2,3,4
- д) верно 2,4

473. 1479 После отторжения некрозов на ожоговую рану следует накладывать : 1.биологическое покрытие 2. мазь на жировой основе 3.мазь на водорастворимой основе 4.повязку с гипертоническим раствором

- а) верно 1,2
- б) верно 2,3
- в) верно 3,4
- г) верно 1,3
- д) верно 1,4

474. 1480 Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является :

- а) анемия
- б) нормализация диуреза
- в) повышение температуры тела
- г) диспротеинемия
- д) снижение АД

475. 1481 Свободная аутодермопластика при ожогах мягких тканей свода черепа показана :1.при ограниченных по площади глубоких поражениях 2. при глубоких ожогах свыше одной трети площади свода черепа 3.при поверхностных ожогах 4.при распространенных глубоких ожогах

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 2,3
- г) верно 3,4
- д) верно 1,4

476. 1482 Для открытого лечения ожогов 2 степени лица и кистей предпочтение следует отдать:

- а) мази на основе ПЭГ(полиэтиленгликоля)
- б) аэрозолям
- в) биологическим покрытиям
- г) раствор фурацилина
- д) лазеротерапии

477. 1483 Для лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой , следует применять: 1. раствор фурацилина 2. раствор диоксидина 3. левомеколь 4.пропоцеум

- а) верно 1,2
- б) верно 1,4
- в) верно 3,4
- г) верно 1,3
- д) верно 2,3

478. 1484 Аутодермопластика на лице при глубоких ожогах производится:

- а) перфорированными трансплантатами аутокожи

- б) сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций
- в) полнослойными кожными трансплантатами
- г) кожно-фасциальными аутоотрансплантатами
- д) расщепленным лоскутом

479. 1485 Наиболее выраженным бактерицидным действием обладают: 1.дебризан 2.дермазин 3.левосин 4.диоксиколь

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 2,3
- г) верно 3,4
- д) верно 2,4

480. 1486 Регионарные абактериальные изоляторы применяются при лечении обожженных с целью:1. предупреждения перекрестного инфицирования в условиях стационара 2.лучшего заживления глубоких ожогов 3.создания оптимальных условий для эпителизации поверхностных ожогов 4.создания оптимальных условий для лечения больных с глубокими ожогами

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,3,4
- в) верно 1,2,4
- г) верно 2,3,4
- д) верно 1,2,3,4

481. 1487 Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладают: 1. растворы фурацилина 2.растворы фурагина калия 3.растворы мафенида ацетата 4. растворы перекиси водорода

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 1,4
- г) верно 3,4
- д) верно 2,3

## 12. Колопроктология

482. 1488 Длина анального канала соответствует :

- а) 1-2 см
- б) 2-3см
- в) 3-4см
- г) 4-5см
- д) 5-6 см

483. 1489 Анальная трещина чаще расположена на :

- а) задней полуокружности анального канала
- б) правой полуокружности анального канала
- в) левой полуокружности анального канала
- г) передней полуокружности анального канала
- д) передней и задней полуокружности анального канала

484. 1490 Возникновению анальной трещины способствуют :1. длительные запоры 2.геморрой 3.острый парапроктит и проктит 4.травма прямой кишки и анального канала

- а) верно 1,2
- б) верно 1,3
- в) верно 2,3
- г) верно 3,4
- д) верно 1,4

485. 1491 Задняя дозированная сфинктеротомия оказана при лечении:

- а) геморроя , с повышенным тонусом сфинктера и анальной трещины
- б) кокцигодинии
- в) хронического парапроктита
- г) геморроя с выпадением внутренних геморроидальных узлов
- д) выпадении слизистой прямой кишки

486. 1492 Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно :

- а) пальцевого исследования прямой кишки
- б) колоноскопии
- в) аноскопии
- г) ирригоскопии
- д) ректороманоскопии

487. 1493 При лечении хронической калезной трещины наиболее эффективным является :
- а) пресакральная блокада раствором новокаина
  - б) введение новокаина со спиртом под трещину
  - в) пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье
  - г) иссечение трещины
  - д) иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
488. 1494 Дозированная сфинктеротомия при лечении задней анальной трещины предполагает рассечение задней порции внутреннего сфинктера на глубину :
- а) 0,5-0,8см
  - б) 0,8-1,0см
  - в) 1,0-1,5см
  - г) 1,5-2,0
  - д) более 2,0см
489. 1495 К геморрою предрасполагают: 1. тяжелый физический труд 2.употребление алкоголя 3.проктосигмоидит 4.длительные и упорные запоры 5.избыточный вес
- а) верно 1,2,3,5
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 1,2,4,5
  - д) верно 1,2,3,4
490. 1496 Геморроидэктомия по Миллигану -Моргану подразумевает :
- а) циркулярное иссечение слизистой анального канала
  - б) иссечение геморроидальных узлов на 2,5,8 часа по циферблату
  - в) иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часов
  - г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов
  - д) иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала
491. 1497 Больному, геморрой у которого осложнился трещиной анального канала, следует предпринять :
- а) противовоспалительное лечение
  - б) иссечение анальной трещины
  - в) пресакральную новокаиновую блокаду
  - г) геморроидэктомию
  - д) геморроидэктомию с дозированной сфинктеротомией
492. 1498 Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести :
- а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию
  - б) анализ кала на скрытую кровь
  - в) лапароскопию
  - г) ультразвуковое исследование органов малого таза
  - д) рентгенологическое исследование ободочной кишки
493. 1499 Редчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, со стулорезью характерны
- а) для рака прямой кишки
  - б) для полипа прямой кишки
  - в) для сфинктерита
  - г) для трещины анального канала
  - д) для геморроя
494. 1500 Клиническая картина ректального свища характеризуется :
- а) стулорезью
  - б) кровотечением при дефекации
  - в) рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
  - г) выделением слизи при дефекации
  - д) повышение температуры
495. 1501 Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать :
- а) склеротерапию
  - б) пресакральную новокаиновую блокаду
  - в) антикоагулянты
  - г) оперативное вмешательство
  - д) применение холода
496. 1502 Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются :
- а) ректороманоскопия

- б) колоноскопия
  - в) ирригоскопия
  - г) исследование толстой кишки после приема бария внутрь
  - д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости
497. 1503 Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствуют:
- а) повышение внутрибрюшного давления
  - б) повышение внутрикишечного давления
  - в) пищевой фактор (употребление рафинированно пищи)
  - г) пищевой фактор (употребление пищи, богатой клетчаткой)
  - д) употребление большого количества жидкости
498. 1504 При остром ишиоректальном парапроктите показаны:
- а) пункция гнойника и введение антибиотиков
  - б) вскрытие гнойника через просвет кишки
  - в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
  - г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
  - д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания
499. 1505 В этиологии парапроктитов главное значение имеет:
- а) выпадение прямой кишки
  - б) травма слизистой прямой кишки
  - в) воспаление анальных желез
  - г) геморрой
  - д) общие септические заболевания
500. 1506 Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются:
- а) кровотечение из прямой кишки
  - б) поносы
  - в) склонность к запорам
  - г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
  - д) дефект слизистой прямой кишки
501. 1507 После макро- и микроскопического исследования препарата прямой кишки, удаленного по поводу рака, сформулирован диагноз: рак прямой кишки Т?М?N-это значит, что
- а) опухоль занимает 1\2окружности кишки
  - б) регионарные лимфатические узлы не поражены
  - в) регионарные лимфатические узлы поражены
  - г) нет отдаленных метастазов
  - д) правильно все кроме В
502. 1508 После геморроидэктомии осложнениями являются:
- а) выраженный болевой синдром
  - б) задержка мочеиспускания
  - в) перианальный отек
  - г) кровотечение
  - д) острый парапроктит
503. 1509 При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно:
- а) пункция абсцесса , промывание его и введение антибиотика
  - б) вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости
  - в) иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо
  - г) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны
  - д) вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну
504. 1510 Наиболее частыми осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются :
- а) дивертикулит
  - б) кровотечением при дефекации
  - в) пенетрация дивертикула в брыжейку кишки
  - г) перфорация сигмовидной кишки
  - д) кишечная непроходимость
505. 1511 При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны:
- а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
  - б) наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости
  - в) операция Гартмана
  - г) лапаротомия, дренирование брюшной полости
  - д) дренирование брюшной полости, трансверзостомия

506. 1512 Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:
- воспаление сигмовидной кишки
  - пенетрация опухоли в брыжейку
  - кишечная непроходимость
  - перфорация опухоли
  - профузное кишечное кровотечение
507. 1513 При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является:
- иссечение свища в просвет кишки
  - дренирование гнойной полости
  - проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
  - иссечение свища с ушиванием сфинктера
  - пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву
508. 1514 Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется :
- в левой половине ободочной кишки
  - в правой половине ободочной кишки
  - одинаково часто в правой и левой половине
  - в сигмовидной кишке
  - в поперечно-ободочной кишке
509. 1515 При раке сигмовидной кишки, осложненном перфорацией опухоли, отсутствии метастазов в отдаленные органы у больного 62 лет операцией выбора является:
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы
  - резекция сигмовидной кишки с анастомозом
  - резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы
  - трансверзостомия, дренирование брюшной полости
  - выведение сигмовидной кишки с опухолью на переднюю стенку живота
510. 1516 Анальная трещина диагностируется с помощью:
- осмотра перианальной области
  - пальцевого исследования прямой кишки
  - ректороманоскопии
  - ирригоскопии
  - колоноскопии
511. 1517 Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации:
- алой крови
  - темной крови со сгустками
  - мелены
  - смешанной крови и кала со слизью
  - алой крови со сгустками
512. 1518 Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется:
- отсутствием изменений на коже промежности
  - наличием параректальных свищей
  - припухлостью промежности с гиперемией кожи
  - болями в глубине таза
  - выделением слизи из ануса
513. 1519 Острый подкожный парапроктит характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- болей в промежности
  - повышения температуры
  - гиперемии кожи над припухлостью
  - болей, наступающих спустя некоторого времени после дефекации
  - наличия припухлости на промежности

### 13. Урология

514. 1520 Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике с локализацией камня в:
- В почечной лоханке
  - В верхней трети мочеточника
  - В средней трети мочеточника
  - В нижней трети мочеточника
  - Локализация не имеет значения

515. 1521 Признаком почечной колики при УЗИ является:

- а) Округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками
- б) Гипоэхогенное образование в собирательной системе почки
- в) Дилатация ЧЛС и верхней трети мочеточника
- г) Сolidное образование в почке
- д) Неоднородность паренхимы почки

516. 1522 Признаками опухоли почки при УЗИ являются: 1. Четкость неровных контуров 2. Неоднородность эхоструктуры 3. Сolidное образование 4. Отсутствие дорсального усиления 5. Наличие акустической тени

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

517. 1523 Признаками острого гнойного заболевания почки при УЗИ являются: 1. Увеличение размеров почки 2. Ограничение подвижности почки 3. Неоднородность паренхимы 4. Гиперэхогенная структура с акустической тенью 5. Наличие гипоэхогенного образования в паренхиме почки или паранефрии с неровными контурами

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

518. 1524 Признаками травмы почки при УЗИ являются: 1. Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке 2. Дилатация ЧЛС 3. Эхонегативное образование в паранефрии 4. Прерывистость контура почки 5. Ограничение подвижности почки

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,5

519. 1525 Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является:

- а) Обзорная рентгенография мочевых путей
- б) Экскреторная урография
- в) Изотопная ренография
- г) УЗИ
- д) Паранефральная пункция

520. 1526 При остром цистите из инструментальных методов исследования показаны:

- а) Цистоскопия - в большинстве случаев
- б) Цистоскопия - в исключительных случаях
- в) Цистоскопия противопоказана
- г) Катетеризация мочевого пузыря
- д) Уретроскопия

521. 1527 Дифференциальную диагностику острого цистита следует проводить с: 1. Острым пиелонефритом 2. Острым простатитом 3. Острым аппендицитом 4. Парапроктитом 5. Колитом

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 1,2
- г) Верно 2,4
- д) Верно 3,4

522. 1528 Признаком цистита при неясном диагнозе является:

- а) Лейкоцитурия
- б) Азогемия
- в) Отсутствие боли при пальцевом ректальном или влагалитном исследовании
- г) Гематурия
- д) Припухлость над лоном

523. 1529 К симптомам неосложненной скользящей грыжи мочевого пузыря относятся: 1. Увеличение грыжевого выпячивания при наполнении мочевого пузыря 2. Исчезновение грыжевого выпячивания после опорожнения мочевого пузыря 3. Мочеиспускание в несколько приемов 4. Затрудненное учащенное болезненное мочеиспускание 5. Гематурия

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5

- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

524. 1530 Ведущим симптомом при травме уретры является:

- а) Макрогематурия
- б) Уретроррагия
- в) Задержка мочеиспускания
- г) Промежностная гематома
- д) Частое болезненное мочеиспускание

525. 1531 Наиболее частой причиной внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является:

- а) Ятрогенная травма
- б) Перелом костей таза со смещением
- в) Удар в живот при переполненном мочевом пузыре
- г) Падение с высоты
- д) Переполнение мочевого пузыря

526. 1532 Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является:

- а) Ятрогенная травма
- б) Перелом костей таза со смещением
- в) Удар в живот при переполненном мочевом пузыре
- г) Падение с высоты
- д) Переполнение мочевого пузыря

527. 1533 При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает:

- а) Ретроградную цистографию
- б) Уретрографию
- в) Экскреторную урографию
- г) Пневмоцистографию
- д) Обзорную урографию

528. 1534 Основными признаками повреждения почки являются: 1. Боль в поясничной области 2. Припухлость в поясничной области 3. Гематурия 4. Нарушение функции почки 5. Лихорадка

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

529. 1535 При острой задержке мочи вследствие аденомы простаты катетеризацию мочевого пузыря следует начинать катетером: 1. Мочеточниковым 2. Металлическим 3. Нелатона 4. Тимана

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,3
- в) Верно 1,4
- г) Верно 2,3
- д) Верно 3,4

530. 1536 При подозрении на инфаркт почки наиболее информативным является:

- а) УЗИ
- б) Экскреторная урография
- в) Почечная венография
- г) Ретроградная пиелография
- д) Аортоангиография

#### 14. Гнойная хирургия

531. 1537 Фурункул, как правило, вызывается:

- а) Стрептококком
- б) Стафилококком
- в) Гонококком
- г) Синегнойной палочкой
- д) Протеем

532. 1538 Лечение фурункула включает: 1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом 2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза 3. Обкладывание пеницилином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата 4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь 5. Ультрафиолетовое облучение

- а) Верно 1,2,3,4

- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

533. 1539 При карбункуле шеи показано: 1. Согревающий компресс с мазью Вишневского 2. Антибиотики внутримышечно 3. Сульфаниламидные препараты внутрь 4. Витаминотерапия 5. Ультрафиолетовое облучение

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 1,2,4,5

534. 1540 Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- а) Стрептококк
- б) Протей
- в) Стафилококк
- г) Синегнойная палочка
- д) Кишечная палочка

535. 1541 Для флегмоны характерно: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

536. 1542 В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через: 1. Трещины заднего прохода 2. Воспаленные геморроидальные узлы 3. Бытовым путем 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки 5. Расчесы области заднего прохода

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,2,3,4,5

537. 1543 Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

- а) Стафилококком
- б) Пневмококком
- в) Протеем
- г) Синегнойной палочкой
- д) Гемолитическим стрептококком

538. 1544 При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим 2. Широкое раскрытие гнойного очага 3. Пища в жидком состоянии 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,4
- в) Верно 2,3
- г) Верно 2,4
- д) Верно 1,3

539. 1545 Возбудителем рожи является:

- а) Золотистый стафилококк
- б) Стрептококк
- в) Кишечная палочка
- г) Ассоциация микроорганизмов
- д) Синегнойная палочка

540. 1546 К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:

- а) Свищ
- б) Флегмона шеи
- в) Остеомиелит нижней челюсти
- г) Парез ветвей лицевого нерва
- д) Парез ветвей тройничного нерва

541. 1547 Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2. Гнойный менингит 3. Сдавление дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис



- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 1,3,4,5
542. 1548 После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:
- а) Массивная антибиотикотерапия
  - б) Иммунотерапия
  - в) Дезинтоксикационная терапия
  - г) Хирургическое лечение
  - д) Гемотрансфузия
543. 1549 При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:
- а) Остеомиелит
  - б) Тромбофлебит
  - в) Периостит
  - г) Лимфостаз
  - д) Сепсис
544. 1550 При гнилостном парапроктите целесообразно применение:
- а) Клафорана
  - б) Гентамицина
  - в) Вибрамицина
  - г) Метроджила и клиндамицина
  - д) Любого из перечисленных антибиотиков
545. 1551 Основной опасностью фурункула лица является:
- а) Нарушение дыхания за счет отека
  - б) Выраженная интоксикация
  - в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
  - г) Развитие восходящего лицевого тромбофлебита
  - д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием
546. 1552 Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз
- а) Верно 1,3
  - б) Верно 1,4
  - в) Верно 2,3
  - г) Верно 3,4
  - д) Верно 1,2
547. 1553 Операцию артротомии при гнойном артрите производят:
- а) При обширном разрушении суставных концов костей
  - б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
  - в) При наличии гноя в полости сустава
  - г) При разрушении связочного аппарата сустава
  - д) При резко выраженном болевом синдроме
548. 1554 К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 1,2,3,4,5
549. 1555 Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами: 1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42° С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 2,3,4,5

550. 1556 Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

551. 1557 При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 2,3,4,5

552. 1558 В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5. Создание функционального покоя пораженной области

- а) Верно 2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,4
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 2,3,4,5

553. 1559 К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

- а) Травма кости
- б) Общее или местное охлаждение
- в) Перенесенные инфекции
- г) Наличие гнойно-воспалительного процесса
- д) Авитаминоз

554. 1560 Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,3
- г) Верно 3,4
- д) Верно 1,4

555. 1561 При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:

- а) В печени
- б) В легких
- в) В селезенке
- г) В головном мозге
- д) В сердце

556. 1562 К средствам специфической иммунотерапии при сепсисе, вызванном стафилококком, относятся:

- а) Т-активин
- б) Левамизол
- в) Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
- г) Лейкомасса Тромбоцитарная масса

557. 1563 Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:

- а) Пероральный
- б) Внутримышечный и внутривенный
- в) Внутривенный и эндолимфатический
- г) Внутрикостный и внутримышечный
- д) Эндолимфатический

558. 1564 Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать:

- а) При положительных посевах крови
- б) После получения антибиотикограмм
- в) При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
- г) С момента установления диагноза
- д) При неадекватном вскрытии первичного очага

559. 1565 При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов целесообразно принимать:

- а) Природные пенициллины
- б) Цефалоспорины и полусинтетические пенициллины
- в) Нитрофураны и макролиды
- г) Полусинтетические пенициллины

560. 1566 При синегнойном сепсисе целесообразно применять:

- а) Оксациллин
- б) Фурагин калия
- в) Гентамицин и клиндамицин
- г) Метроджил
- д) Сульфаниламиды

561. 1567 Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять:

- а) Внутривенно
- б) Ректально
- в) Внутримышечно
- г) Местно в рану
- д) Внутриагртериально

562. 1568 Палочка сине-зеленого гноя в ране может быть обнаружена при: 1. Синегнойном сепсисе 2. Стафилококковом сепсисе 3. Протейном сепсисе 4. Анаэробном сепсисе 5. Столбняке

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 1,2,4,5
- в) Верно 1,2,3,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

563. 1569 Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью:

- а) Антистафилококкового бактериофага
- б) Нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
- в) Антистафилококковой плазмы
- г) Антистафилококкового иммуноглобулина
- д) Введение гамма-глобулина

564. 1570 К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. Вскрытие гнойного очага 2. Ограниченное введение жидкости 3. Внутримышечное введение антибиотиков 4. Переливание крови 5. Введение витаминов

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верн 1,2,3,5

565. 1571 Для септикопиемии характерны:

- а) Общая слабость, истощение организма
- б) Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
- в) Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных метастазов
- г) Гектическая температура
- д) Относительное стихание процесса к концу образования метастазов

566. 1572 К осложнениям сепсиса относятся: 1. Септические кровотечения 2. Тромбозомболия артерий конечностей или внутренних органов 3. Асцит, анасарка 4. Септический эндокардит 5. Пневмония

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 2,3,4,5

567. 1573 При наличии поддиафрагмального абсцесса показана:

- а) Срочная операция-вскрытие абсцесса
- б) Пункция абсцесса
- в) Наблюдение
- г) Консервативная терапия
- д) Лапароскопия

568. 1574 Внебрюшинный способ вскрытия поддиафрагмального абсцесса по Клермону предполагает:

- а) Отслоение тупым путем поперечной фасции вместе с брюшиной от нижней поверхности диафрагмы
- б) Отслоение тупым путем только поперечной фасции
- в) Подход к гнойнику через грудную полость со вскрытием плевры

- г) Подход к гнойнику через грудную полость без вскрытия плевры
- д) Подход к гнойнику через разрез передней брюшной стенки

569. 1575 Задний поддиафрагмальный абсцесс под левым куполом диафрагмы вскрывается:

- а) Через верхне-срединный доступ
- б) Через косой доступ в левом подреберье
- в) По А.В.Мельникову
- г) По Клермону
- д) Путем использования всех вышеуказанных методов

570. 1576 При расположении поддиафрагмального абсцесса сзади венечной связки абсцесс вскрывают:

- а) По Клермону
- б) Лапароскопическим способом
- в) По А.В.Мельникову
- г) Через верхне-срединный доступ
- д) Пункцией и дренированием под контролем УЗИ

571. 1577 Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к:

- а) Пенициллину
- б) Гентамицину
- в) Левомецетину
- г) Стрептомицину
- д) Метронидазолу

572. 1578 Наиболее сильно угнетает костный мозг:

- а) Ампициллин
- б) Гентамицин
- в) Канамицин
- г) Левомецетин
- д) Кефзол

573. 1579 Образование активного иммунитета угнетает:

- а) Стафилококковый анатоксин
- б) Антистафилококковый иммуноглобулин
- в) Антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
- г) Сывороточный полииммуноглобулин
- д) Антисинегнойная плазма

574. 1580 Некроз печеночных клеток может вызвать:

- а) Левомецетин
- б) Цефтриаксон
- в) Эритромицин
- г) Тетрациклин
- д) Пенициллин

575. 1581 Из указанных антибиотиков при сальмонеллезе должен применяться:

- а) Левомецетин
- б) Оксациллин
- в) Эритромицин
- г) Тетрациклин
- д) Пенициллин

576. 1582 Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:

- а) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
- б) Местном перитоните в правой подвздошной области
- в) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
- г) Медиальном расположении червеобразного отростка
- д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

## 15. Детская хирургия

577. 1583 У ребенка трех лет в течение 6 мес. Определяется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку целесообразно:

- а) Оперативное лечение
- б) Пункционный метод
- в) Консервативное лечение
- г) Выжидательная тактика
- д) Санаторное лечение

578. 1584 Ребенок в тяжелом состоянии, выраженная дыхательная недостаточность, звонкий голос, периодически слышен симптом "хлопка". Речь идет о:
- Инородном теле бронха
  - Инородном теле гортани
  - Фиксированном инородном теле трахеи
  - Баллографирующем инородном теле трахеи
  - Инородном теле пищевода
579. 1585 Ребенок выпил глоток уксусной эссенции. Ему следует сделать промывание желудка:
- Щелочным раствором
  - Подкисленным раствором
  - Холодной водой
  - Водой комнатной температуры
  - Горячей водой
580. 1586 Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Ему следует сделать промывание желудка:
- Холодной водой
  - Водой комнатной температуры
  - Щелочным раствором
  - Подкисленным раствором
  - Горячей водой
581. 1587 С момента ущемления паховой грыжи у мальчика в возрасте 2-х лет прошло 8 часов. Ему необходимо:
- Срочное оперативное вмешательство
  - Орошение грыжевого выпячивания хлорэтилом
  - Комплекс консервативных мероприятий, направленных на самовправление грыжи
  - Кратковременный наркоз
  - Клизма с хлоралгидратом
582. 1588 Ущемление паховой грыжи возникло у девочки в возрасте 3-х лет. Давность ущемления - 1 час. Ей необходимо:
- Ручное вправление грыжи
  - Кратковременный наркоз
  - Срочное оперативное вмешательство
  - Комплекс консервативных мероприятий, направленных на самовправление грыжи
  - Клизма с хлоралгидратом
583. 1589 Ущемление паховой грыжи возникло у мальчика в возрасте 1 года. При осмотре и ощупывании грыжевого выпячивания отмечены гиперемия и пастозность тканей. В этом случае необходимы:
- Комплекс консервативных мероприятий, направленных на самовправление грыжи
  - Ручное вправление грыжи
  - Срочное вправление грыжи под кратковременным наркозом
  - Срочное оперативное вмешательство
  - Назначение барбитуратов
584. 1590 Оптимальный возраст оперативного лечения паховой грыжи:
- 6 мес.
  - 1 год
  - После установления диагноза
  - 3 года
  - 5 лет
585. 1591 В обосновании возрастного срока оперативного лечения паховой грыжи лежат:
- Особенности иммунитета
  - Опасность развития осложнений паховой грыжи
  - Особенности дифференцировки мышечно-апоневротических структур паховой области
  - Характер метаболизма соединительной ткани
  - Особенности обменных процессов
586. 1592 Основной особенностью грыжесечения у девочек является:
- Использование косметических швов
  - Зашивание поверхностного пахового кольца и пахового канала "наглухо"
  - Выделение и сохранение круглой связки матки, восстановление анатомической целостности структур паховой области
  - Использование кетгутового материала
  - Операционный разрез по кожной складке
587. 1593 У ребенка аппендикулярный холодный инфильтрат, обнаруженный во время операции. Дальнейшая тактика:
- Разделение инфильтрата, аппендэктомия

- б) Применение марлевого тампона
- в) Применение резинового тампона
- г) Глухой шов раны, антибиотики, физиотерапия
- д) Выключение инфильтрата

588. 1594 На 7-е сутки после аппендэктомии у ребенка обнаружен плотный тазовый инфильтрат. Живот мягкий, безболезненный.

Необходимы:

- а) Дренирование инфильтрата
- б) Пункция инфильтрата через прямую кишку
- в) Назначение антибиотиков и лечебных клизм
- г) Назначение массивных доз антибиотиков
- д) Наблюдение

589. 1595 У ребенка 10-ти лет на 4-е сутки после операции отмечаются явления ранней спаечной кишечной непроходимости.

Необходимо:

- а) Срочная операция
- б) Операция в плановом порядке
- в) Дача бария, наблюдение
- г) Дача бария, консервативная терапия
- д) Наблюдение

590. 1596 Продолжительность консервативной терапии при ранней спаечной кишечной непроходимости у детей составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 12-24 часа
- г) Двое суток
- д) Трое суток

591. 1597 Сроки консервативной терапии при поздней спаечной кишечной непроходимости у детей составляют не более:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 12 часов
- г) 24 часа
- д) 48 часов

592. 1598 Ребенок в возрасте 3-х лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ребенка следует:

- а) Отпустить домой
- б) Госпитализировать
- в) Отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники
- г) Отпустить домой с рекомендацией повторного осмотра при появлении боли в животе
- д) Отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники

593. 1599 Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения хронической формы болезни Гиршпрунга является:

- а) 3-6 мес.
- б) До 1 года
- в) До 3-х лет
- г) До 10 лет
- д) До 15 лет

594. 1600 У ребенка 6-ти лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Ему необходимо:

- а) Срочная операция
- б) Операция в плановом порядке
- в) Консервативное расправление
- г) Наблюдение
- д) Исследование с бариевой взвесью

595. 1601 Проведение консервативного расправления инвагинации кишечника возможно в следующий срок от начала заболевания:

- а) До 6 часов
- б) До 12 часов
- в) До 18 часов
- г) До 24 часов
- д) До 36 часов

596. 1602 К симптомам осложненного гидронефроза относится:

- а) Гематурия
- б) Пиурия
- в) Пальпируемая опухоль

- г) Боль
- д) Дизурия

597. 1603 Наибольшую опасность осложнения апостематозным нефритом обуславливает:

- а) Камень верхней чашечки
- б) Камень лоханки
- в) Коралловидный камень почки
- г) Камень мочеточника
- д) Камень мочевого пузыря

598. 1604 Наиболее достоверных признаком вывиха бедра у новорожденного является:

- а) Ограничение отведения бедер
- б) Симптом Маркса-Ортолани (соскальзывания головки)
- в) Укорочение ножки
- г) Асимметрия кожных складок
- д) Наружная ротация ножки

599. 1605 Лечение ребенка с врожденной косолапостью следует начинать:

- а) В первые три недели жизни
- б) Через 3 месяца после рождения
- в) В полугодовалом возрасте
- г) После года жизни
- д) В возрасте от 1 года до 3-х лет

600. 1606 У ребенка 2-х лет обнаружен крипторхизм в виде паховой эктопии. Оперативное лечение следует рекомендовать:

- а) До 6 лет
- б) До 10 лет
- в) До 12 лет
- г) До 16 лет
- д) Проводить безотлагательно

601. 1607 У девочки 5-ти лет обнаружена допубертатная гиперплазия одной из грудных желез. Ей необходимо:

- а) Пункция
- б) Расширенная биопсия
- в) Биопсия
- г) Динамическое наблюдение
- д) Мастэктомия

## 16. Хирургия эндокринной системы

602. 1608 Перед исследованием щитовидной железы с помощью радиоактивного изотопа йода-131 не должны применяться йодистый и тиреостатические препараты в течение:

- а) 10 дней
- б) 20 дней
- в) 30 дней
- г) 40 дней
- д) 50 дней

603. 1609 С помощью сканирования щитовидной железы можно определить: 1. Форму железы 2. Наличие "горячих" узлов 3. Наличие "холодных" узлов 4. Наличие гипертиреоза 5. Подвижность железы

- а) Верно 1,2,4,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

604. 1610 Пункционную биопсию щитовидной железы целесообразно проводить при: 1. Дифференциальной диагностике различных заболеваний железы 2. Определении степени включения радиофарм-препарата в ткань железы 3. Определении характера патологического процесса 4. Определении локализации и распространенности патологического процесса 5. Установлении длительности заболевания

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

605. 1611 Возможные осложнения хирургического лечения тиреотоксикоза: 1. Тиреотоксический криз 2. Парез голосовых связок 3. Послеоперационный тиреотоксикоз 4. Кровотечение 5. Ухудшение слуха и зрения
- Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4
606. 1612 При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза наблюдается: 1. Психическое возбуждение 2. Беспокойство 3. Повышение температуры тела и учащение пульса 4. Появление холодного пота 5. Нарастание экзофтальма
- Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4
607. 1613 При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза необходимо применять: 1. Кортикостероиды 2. Сердечные средства 3. Жаропонижающие 4. Внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси 5. Антикоагулянты
- Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,2,3,4
608. 1614 Возможные осложнения оперативного лечения диффузного токсического зоба: 1. Ранение ветвей возвратного нерва 2. Кровотечение во время операции и в ближайшие часы после неё 3. Гипопаратиреоз 4. Ларингоспазм 5. Ранение трахеи
- Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,4,5
  - Верно 1,2,3,4
609. 1615 При острой паратиреоидной тетании приступы судорог могут развиваться в ближайшие:
- 2 ч
  - 4 ч
  - 6 ч
  - 8 ч
  - 12 ч
610. 1616 Кровотечение в послеоперационном периоде у больных тиреотоксикозом встречается:
- У 1% больных
  - У 3-5% больных
  - У 6-8% больных
  - У 9-10% больных
  - Более чем у 10 % больных
611. 1617 Противопоказаниями к лечению тиреотоксикоза радиоактивным изотопом I-131 являются: 1. Беременность и период лактации 2. Лейкопения 3. Токсический зоб, локализующийся в загрудинном пространстве и позади пищевода 4. Узловые и смешанные формы токсического зоба 5. Пожилой возраст
- Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,2,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4
612. 1618 Показаниями к применению I-131 в лечебных целях являются: 1. Отказ больных от операции 2. Наличие декомпенсации сердца у больных с токсическим зобом 3. Рецидив тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы 4. Отсутствие эффекта консервативного лечения больных с тяжелым и средней тяжести диффузным токсическим зобом 5. Аллергия к тиреоидину
- Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,2,3,4
613. 1619 Нормальным количеством околожитовидных желез у человека принято считать:
- 1 пару
  - 2 пары
  - 3 пары



- г) 4 пары
- д) 5 пар

614. 1620 Типичными местами расположения околощитовидных желез являются:

- а) Передняя поверхность верхних полюсов обеих долей
- б) Передняя поверхность средних отделов обеих долей
- в) Передняя поверхность нижних полюсов обеих долей
- г) Задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей
- д) Загрудинное пространство

615. 1621 Нормальный размер околощитовидной железы:

- а) 2x1x0,5 мм
- б) 3x2x1,5 мм
- в) 4x2,5x2 мм
- г) 6x3x1,5 мм
- д) 7,5x5x3 мм

616. 1622 Форма нормальной околощитовидной железы:

- а) Серповидная
- б) Шарообразная
- в) Цилиндрическая
- г) Конусообразная
- д) Дискообразная

617. 1623 Окраска нормальной околощитовидной железы:

- а) Коричневая
- б) Оранжевая
- в) Желтая
- г) Серая
- д) Вишневая

618. 1624 Гиперкальциемией принято считать уровень кальция в крови, превышающий:

- а) 11 мг%
- б) 12 мг%
- в) 13 мг%
- г) 14 мг%
- д) 15 мг%

619. 1625 При развитии гиперкальциемического криза следует применить: 1. Сернокислую магнезию 2. 5% раствор глюкозы 3. Сердечные средства 4. Кислород 5. Паратгормон

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

620. 1626 Гиперакльциемия может проявляться: 1. Неприятной тянущей мышечной болью локального или диффузного характера 2. Болью в костях и суставах, чаще мигрирующего характера 3. Жаждой и тошнотой 4. Головной болью, головокружением и сердцебиением 5. Зевотой и икотой

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 1,2,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

621. 1627 Максимум действия парагормона после введения его в организм наступает через:

- а) 20 мин.
- б) 30 мин.
- в) 40 мин.
- г) 50 мин.
- д) 60 мин.

622. 1628 К наиболее ранним симптомам гиперпаратиреоза относятся: 1. Общая слабость 2. Быстрая утомляемость 3. Снижение нервномышечной возбудимости и развитие гипотонии в отдельных группах мышц 4. Боль в стопах 5. Переломы костей

- а) Верно 1,3,4,5
- б) Верно 1,2,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5

- д) Верно 1,2,3,4
623. 1629 Частота сочетания гиперпаратиреоза с панкреатитом составляет:
- а) Менее 3%
  - б) 3-5%
  - в) 6-10%
  - г) 11-15%
  - д) Свыше 15%
624. 1630 Частота рака аденомы околощитовидной железы составляет:
- а) 2%
  - б) 6%
  - в) 10%
  - г) 12%
  - д) 15%
625. 1631 Гиперпаратиреоз является причиной развития мочекаменной болезни приблизительно:
- а) У 2-6% больных
  - б) У 8-10% больных
  - в) У 10-15% больных
  - г) У 20% больных
  - д) Более чем у 20 % больных
626. 1632 Для гиперкальциемического криза характерны: 1. Неукротимая рвота 2. Постоянная тошнота 3. Частая икота 4. Тахикардия 5. Сердцебиение
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 2,3,4,5
627. 1633 При лечении гиперкальциемического криза, вызванного передозировкой витамина D, эффективным может оказаться применение:
- а) Концентрированного раствора глюкозы
  - б) Раствора бикарбоната натрия
  - в) Сернокислой магнезии
  - г) Кортикостероидов
  - д) Гликозидов
628. 1634 Вторичный гиперпаратиреоз может иметь место при: 1. Рахите 2. Множественной миеломе 3. Саркоидозе костей и метастазах рака в кости 4. Острой и хронической почечной недостаточности 5. Диффузном токсическом зобе
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,3,5
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
629. 1635 Об эффективности лечения первичного гиперпаратиреоза может свидетельствовать:
- а) Исчезновение жажды
  - б) Прекращение тошноты и рвоты
  - в) Нормализация фосфорно-кальциевого обмена
  - г) Исчезновение боли в костях
  - д) Прибавка в весе
630. 1636 Для кист, возникающих в костях при гиперпаратиреозе характерно все перечисленное, кроме того, что:
- а) Они всегда однокамерные
  - б) Они могут быть одиночными
  - в) Они могут быть множественными
  - г) Располагаются чаще всего в области костномозгового канала
  - д) Имеют разные размеры
631. 1637 Поражение костной системы при гиперпаратиреозе проявляется: 1. Болью в костях 2. Длительным заживлением переломов 3. Болезненностью переломов 4. Деформацией костей вследствие неровного сращения перелома 5. Множественными вывихами костей
- а) Верно 2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5

- д) Верно 1,2,3,4
632. 1638 Аденома околощитовидной железы располагается в ткани щитовидной железы в:
- а) 4-6% случаев
  - б) 8-10% случаев
  - в) 12-15% случаев
  - г) 15-20% случаев
  - д) Более 20% случаев
633. 1639 Аденома околощитовидной железы располагается в загрудинном пространстве в:
- а) 1% случаев
  - б) 5% случаев
  - в) 10% случаев
  - г) 20% случаев
  - д) 25% случаев
634. 1640 Множественные аденомы околощитовидных желез наблюдаются в:
- а) Единичных случаях
  - б) 4-6% случаев
  - в) 8-10% случаев
  - г) 10-15% случаев
  - д) Более 15% случаев
635. 1641 Наибольший диаметр аденомы щитовидной железы составляет:
- а) 4 см
  - б) 8 см
  - в) 10 см
  - г) 12 см
  - д) 15 см
636. 1642 Малигнизации наиболее подвержены:
- а) Одиночный нефункционирующий узел
  - б) Фолликулярная аденома
  - в) Зоб Хашимото
  - г) Зоб де Кервена
  - д) Зоб Риделя
637. 1643 В возникновении "диабетической стопы" играют роль:
- а) Хроническая диабетическая невропатия
  - б) Атеросклеротическая обструкция артерий
  - в) Бактериальная инфекция
  - г) Хроническая диабетическая невропатия и бактериальная инфекция
  - д) Хроническая диабетическая невропатия, атеросклеротическая обструкция артерий, бактериальная инфекция
638. 1644 Для гнойно-воспалительных заболеваний при сахарном диабете характерны: 1. Безудержное прогрессирование периферического воспаления 2. Вовлечение в процесс сухожильных влагалищ 3. Артриты 4. Кандидомикоз 5. Декомпенсация сахарного диабета
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,2,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5
  - д) Верно 2,3,4,5
639. 1645 Особенностью диабетической гангрены является распространение гнойно-некротического процесса по:
- а) Связкам при хорошем состоянии кожного покрова
  - б) Сухожилиям при хорошем состоянии кожного покрова
  - в) Связкам и сухожилиям с нарушением состояния кожного покрова
  - г) Связкам, сухожилиям и апоневрозу при относительной сохранности кожного покрова
  - д) Мышечной ткани
640. 1646 Под диабетической ангиопатией подразумевается:
- а) Генерализованное поражение кровеносных сосудов
  - б) Поражение сосудов мелкого калибра
  - в) Поражение сосудов среднего калибра
  - г) Поражение сосудов крупного калибра
  - д) Поражение сосудов мелкого и среднего калибра
641. 1647 При подкожном введении простого водорастворимого инсулина максимум его действия наблюдается через:

- а) 30 мин.
- б) 1 ч
- в) 2 ч
- г) 3 ч
- д) 6 ч

642. 1648 Злокачественные новообразования ЖКТ при сахарном диабете:

- а) Не имеют особенностей течения
- б) Наблюдается быстрый рост опухоли и диссеминация процесса
- в) Наблюдается медленный рост опухоли
- г) Не имеют тенденции к диссеминации
- д) Ведут к обострению сопутствующих заболеваний

643. 1649 В лечении больных тиреотоксикозом необходимо применять препараты: 1. Успокаивающего действия на ЦНС 2. Йодсодержащие 3. Тиреостатические 4. Радиоактивный йод 5. Антикоагулянты

- а) Верно 1,2,3,5
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

## 17. Онкология

644. 1650 С воздействием вируса связывают возникновение: 1. Рака шейки матки 2. Рака печени 3. Рака желудка 4. Рака носоглотки 5. Лейкозов

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5
- г) Верно 1,2,3,4,5
- д) Верно 2,3,4,5

645. 1651 Основная сущность канцерогенеза злокачественных опухолей заключается в: 1. Нарушении биохимических процессов в цитоплазме 2. Нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы 3. Повреждении генетического аппарата клетки 4. Изменении клеточной мембраны

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2,4
- в) Верно 3
- г) Верно 2
- д) Верно 3,4

646. 1652 К радиочувствительным опухолям относится:

- а) Фибросаркома
- б) Веретеноклеточная саркома
- в) Синовиальная саркома
- г) Липосаркома
- д) Лимфогрануломатоз

647. 1653 При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно: 1. Как самостоятельный метод лечения 2. В предоперационном периоде 3. В послеоперационном периоде 4. Комбинация химиотерапии и лучевого воздействия

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2,4
- в) Верно 4
- г) Верно 3
- д) Верно 2,3

648. 1654 Доброкачественным опухолям присущи: 1. Инфильтративный рост 2. Экспансивный рост 3. Нарушение дифференцировки клеток 4. Медленное метастазирование

- а) Верно 1
- б) Верно 2
- в) Верно 3
- г) Верно 4
- д) Верно 1,2

649. 1655 К облигатному предраку относится:

- а) Неспецифический язвенный колит
- б) Болезнь Крона

- в) Гиперпластический полип
  - г) Диффузный семейный полипоз
  - д) Спастический полип
650. 1656 Возникновению опухолей чаще всего способствует:
- а) Снижение показателей клеточного иммунитета
  - б) Снижение показателей гуморального иммунитета
  - в) Состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
  - г) Влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно
  - д) Злоупотребление алкоголем
651. 1657 Соблюдение принципов зональности с футлярностью при выполнении онкологических операций направлено на:
- а) Обеспечение антибластики
  - б) Обеспечение абластики
  - в) Снижение риска хирургических вмешательств
  - г) Максимальное сохранение функции органа
  - д) Уменьшение кровопотери
652. 1658 Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются: 1. Пригорание фрагментов опухоли к электроду 2. Опасность глубокого поражения стенки органа 3. Отторжение коагулированных тканей 4. Недостаточность абластики 5. Все перечисленное
- а) Верно 1,3,4
  - б) Верно 2,3,5
  - в) Верно 1,3,5
  - г) Верно 1,2,3
  - д) Верно 3,4
653. 1659 Термину "операбельность" больше всего соответствует: 1. Состояние больного, позволяющее выполнить операцию 2. Состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию 3. Выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию 4. Отсутствие противопоказаний к различным видам анестезии
- а) Верно 1
  - б) Верно 2
  - в) Верно 3
  - г) Верно 4
  - д) Верно 1,2,3,4
654. 1660 На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных опухолей наименьшее влияние оказывает:
- а) Тип роста опухоли
  - б) Гистологическая структура опухоли
  - в) Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
  - г) Наличие отдаленных метастазов
  - д) Возраст больного
655. 1661 Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли в:
- а) Верхне-внутреннем квадранте
  - б) Верхне-наружном квадранте
  - в) Нижне-внутреннем квадранте
  - г) Нижне-наружном квадранте
  - д) Центральной части
656. 1662 Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует:
- а) I стадии
  - б) IIa стадии
  - в) IIб стадии
  - г) III и IV стадиям
  - д) Любой из перечисленных стадий
657. 1663 Основная цель радикальной лучевой терапии:
- а) Подведение максимально возможной дозы излучения
  - б) Снижение биологической активности опухолевых клеток
  - в) Вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток
  - г) Достижение частичной регрессии опухоли
  - д) Достижение полной эрадикации опухоли
658. 1664 Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются:
- а) Повысить операбельность
  - б) Повысить резектабельность
  - в) Достигнуть значительного уменьшения опухоли
  - г) Получить полную регрессию опухоли

д) Понизить жизнеспособность опухолевых клеток

659. 1665 К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли: 1. Лимфогрануломатоз 2. Лимфосаркома 3. Семинома 4. Аденокарцинома желудка 5. Мелкоклеточный рак легкого

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5
- д) Верно 1,3,4,5

660. 1666 Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является:

- а) Плоскоклеточный неороговевающий рак
- б) Семинома
- в) Опухоль Юинга
- г) Остеогенная саркома
- д) Лимфогрануломатоз

661. 1667 На радиочувствительность опухоли влияют: 1. Напряжение кислорода в опухоли 2. Дифференцировка опухолевых клеток 3. Форма роста опухоли 4. Адекватность кровоснабжения опухоли

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 2,3,4
- г) Верно 1,2
- д) Верно 1,2,3

662. 1668 Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является:

- а) Пожилой возраст
- б) Молодой возраст
- в) Активный туберкулез
- г) Гипертоническая болезнь
- д) Беременность

663. 1669 Механизмы действия противоопухолевых антибиотиков заключаются в:

- а) Реакции алкилирования молекул ДНК
- б) Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
- в) Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
- г) Денатурации тубулина-белка микротрубочек
- д) Образовании сшивок молекул ДНК

664. 1670 Механизм действия антиметаболитов заключается в:

- а) Реакции алкилирования молекул ДНК
- б) Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
- в) Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
- г) Денатурации тубулина-белка микротрубочек
- д) Образовании сшивок молекул ДНК

665. 1671 Механизм действия препаратов растительного происхождения заключается в:

- а) Реакции алкилирования молекул ДНК
- б) Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
- в) Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
- г) Денатурации тубулина-белка микротрубочек
- д) Образовании сшивок молекул ДНК

666. 1672 Эффективная предоперационная химиотерапия может привести к: 1. Уменьшению объема опухоли 2. Переводу больного в операбельное состояние 3. Возможному сокращению объема оперативного вмешательства 4. Значительному улучшению состояния больного

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 2,3,4
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 1,2

667. 1673 Андрогены применяются при: 1. Раке мочевого пузыря 2. Раке молочной железы 3. Злокачественных опухолях яичника 4. Раке предстательной железы

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2
- в) Верно 3
- г) Верно 4

д) Верно 3,4

668. 1674 Эстрогены применяются при: 1. Раке предстательной железы 2. Злокачественной опухоли яичка 3. Раке яичников 4. Всех перечисленных опухолях

- а) Верно 1
- б) Верно 2
- в) Верно 1,3
- г) Верно 1,4
- д) Верно 2,4

669. 1675 Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухоли:

- а) Поджелудочной железы
- б) Желудка
- в) Щитовидной железы
- г) Печени
- д) Селезенки

670. 1676 Радиоактивный йод может быть применен для выявления: 1. Только первичной опухоли щитовидной железы 2.

Метастазов рака щитовидной железы в печень и легкие 3. Метастазов рака щитовидной железы в кости 4. Всего перечисленного

- а) Верно 1,3
- б) Верно 2,3
- в) Верно 4
- г) Верно 1,2
- д) Верно 2

671. 1677 Низкодифференцированные опухоли ЖКТ преимущественно обладают:

- а) Инфильтративным ростом
- б) Экзофитным ростом
- в) Смешанным ростом
- г) Ростом в виде узла
- д) Любым из перечисленных типов роста

672. 1678 К доброкачественным опухолям молочных желез относятся: 1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия 2. Узловая фиброзно-кистозная мастопатия 3. Фиброаденома 4. Анаплазия молочной железы

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2,3
- в) Верно 3
- г) Верно 1
- д) Верно 1,2,3

673. 1679 Для папилломы мочевого пузыря характерно: 1. Наклонность к рецидивам 2. Множественность поражений 3. Частое озлокачествление 4. Длительность течения

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 1,2
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 3,4

674. 1680 Рак почки наиболее часто метастазирует:

- а) В кости и печень
- б) В кости и легкие
- в) В легкие и головной мозг
- г) В легкие и печень
- д) В забрюшинные лимфоузлы и печень

675. 1681 При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут

- а) Подмышечные лимфоузлы
- б) Парастернальные лимфоузлы
- в) Паховые лимфоузлы
- г) Подлопаточные лимфоузлы
- д) Лимфоузлы средостения

676. 1682 Плоскоклеточный рак преимущественно встречается в следующих отделах ЖКТ :

- а) Пищевод и анальном конце прямой кишки
- б) Желудке и тонкой кишке
- в) Тонкой и ободочной кишке
- г) Желудке и ободочной кишке
- д) Желудке и двенадцатиперстной кишке

677. 1683 Медуллярный рак щитовидной железы развивается:
- Из А-клеток
  - Из В-клеток
  - Из С-клеток
  - Из любых вышеуказанных клеток
  - Ни из одной из вышеуказанных клеток
678. 1684 Под понятием "скрытый рак щитовидной железы" подразумевается:
- Наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений
  - Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
  - Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
  - Наличие опухоли, не прорастающей капсулу щитовидной железы
  - Наличие опухоли, не прорастающей в трахею
679. 1685 Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются лимфоузлы:
- Вдоль внутренней яремной вены
  - Надключичные
  - Паратрахеальные
  - Претрахеальные
  - Загрудинные
680. 1686 К дисэмбриональным опухолям шеи относятся: 1. Хемодектома 2. Хордома 3. Бронхиогенный рак 4. Менингиома
- Верно 1,2
  - Верно 1,3
  - Верно 1,4
  - Верно 3,4
  - Верно 2,3
681. 1687 Минимальный объем хирургического вмешательства при раке щитовидной железы:
- Энуклеация узла
  - Резекция доли
  - Гемитиреоидэктомия
  - Гемитиреоидэктомия с перешейком
  - Субтотальная резекция щитовидной железы
682. 1688 Химиотерапия наиболее эффективна при: 1. Папиллярном раке щитовидной железы 2. Фолликулярном раке щитовидной железы 3. Низкодифференцированном раке щитовидной железы 4. Эффективность не зависит от морфологической структуры
- Верно 1,2
  - Верно 2,3
  - Верно 3
  - Верно 4
  - Верно 1,3
683. 1689 При субтотальной резекции желудка по поводу рака, желудочно-ободочная связка: 1. Должна удаляться обязательно 2. Удаляется частично 3. Никогда не удаляется 4. Может быть удалена, но не обязательно
- Верно 1
  - Верно 4
  - Верно 3
  - Верно 2
  - Верно 2,4
684. 1690 Наиболее часто малигнизируются следующие типы желудочных полипов:
- Гиперпластические
  - Аденоматозные
  - Аденопапилломатозные
  - Папиллярные
  - Все вышеперечисленные
685. 1691 Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима:
- Во всех случаях
  - При одиночном полипе на ножке независимо от его размеров
  - При одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров
  - При одиночном мелком полипе на ножке
  - При множественных мелких полипах
686. 1692 Гастрэктомию из комбинированного абдоминально-торакального доступа целесообразно выполнять:



- а) При тотальном поражении желудка
- б) При экзофитной опухоли проксимального отдела желудка
- в) При инфильтративной опухоли любой локализации
- г) При распространении опухоли на пищевод независимо от типа ее роста
- д) При любом типе роста опухоли, располагающейся в дистальной трети желудка с метастазами в кардиальные, правые и левые желудочно-сальниковые, селезеночные, левые желудочные и поджелудочные лимфоузлы

687. 1693 При дистальной субтотальной резекции желудка по поводу рака следует отдать предпочтение: 1. Формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот I 2. Формированию впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом 3. Формированию позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле 4. Формирование анастомоза по Райхель-Полиа

- а) Верно 1
- б) Верно 2
- в) Верно 3
- г) Верно 4
- д) Верно 2,4

688. 1694 Малигнизацию язвы желудка позволяют заподозрить следующие признаки: 1. Размеры язвенного дефекта более 2 см в диаметре 2. Длительное существование язвенного дефекта или его увеличение при одновременном стихании характерной для язвенной болезни боли 3. Снижение кислотности желудочного сока 4. Высокий уровень кислотности желудочного сока

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 2,3,4
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 1,2

689. 1695 Наиболее труден для диагностики:

- а) Рак кардиального отдела желудка
- б) Рак дна желудка
- в) Рак тела желудка
- г) Рак выходного отдела желудка
- д) Все вышеперечисленное

690. 1696 Метастазы рака желудка следует асценивать как: 1. Инплантационные метастазы 2. Ортоградные лимфогенные метастазы 3. Ретроградные лимфогенные метастазы 4. Гематогенные метастазы

- а) Верно 1
- б) Верно 1,2
- в) Верно 3
- г) Верно 4
- д) Верно 2

691. 1697 При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:

- а) Эндоскопическая полипэктомия
- б) Хирургическое иссечение полипа
- в) Клиновидная резекция желудка
- г) Экономная резекция желудка
- д) Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

692. 1698 Определяющая роль в росте заболеваемости раком легких принадлежит:

- а) Генетическому фактору
- б) Профессиональным вредностям
- в) Курению
- г) Загрязнению атмосферы
- д) Хроническим воспалительным заболеваниям

693. 1699 К центральному раку легких относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи: 1. Главные 2. Долевые 3. Сегментарные 4. Субсегментарные 5. 5-го порядка

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2,3
- в) Верно 1,2,3
- г) Верно 1,2,3,4
- д) Верно 1,3,4

694. 1700 Понятие "централизация" обозначает, что периферический рак прорастает стенку: 1. Главного бронха 2. Долевого бронха 3. Сегментарного бронха 4. Субсегментарного бронха 5. Бронха 5-го порядка

- а) Верно 1,2
- б) Верно 2,3
- в) Верно 1,2,3

- г) Верно 1,2,4
- д) Верно 1,2,5

695. 1701 Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающей висцеральную плевру с одиночными метастазами в бронхопульмональные лимфоузлы соответствует:

- а) I стадии
- б) IIa стадии
- в) IIb стадии
- г) IIIa стадии
- д) IIIb стадии

696. 1702 Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфоузлы относится:

- а) I стадии
- б) IIa стадии
- в) IIIb стадии
- г) IVa стадии
- д) IVb стадии

697. 1703 Рак легкого метастазирует преимущественно в : 1. Печень 2. Кости 3. Головной мозг 4. Поджелудочную железу

- а) Верно 1,3,4
- б) Верно 2,3,4
- в) Верно 1,2,4
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 1,2

698. 1704 Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении:

- а) Типичной пневмонэктомии
- б) Расширенной пневмонэктомии
- в) Пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки
- г) Пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи
- д) Лобэктомии

699. 1705 Наиболее резистентными к химиотерапии являются метастазы рака легкого в: 1. Костный мозг 2. Лимфоузлы 3. Печень 4. Мягкие ткани

- а) Верно 1
- б) Верно 2
- в) Верно 3
- г) Верно 4
- д) Верно 2,4

700. 1706 Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является:

- а) Повышенное слюноотделение
- б) Тошнота
- в) Дисфагия
- г) Рвота
- д) Боль за грудиной

701. 1707 Химиотерапия при раке пищевода:

- а) Обладает высокой эффективностью
- б) Может использоваться с таким же успехом как и лучевая терапия
- в) Малоэффективна
- г) Не применяется
- д) Не эффективна

702. 1708 Положительная реакция на б-фетопротеин чаще бывает при:

- а) Первичном раке печени
- б) Метастатическом раке печени
- в) Доброкачественных опухолях печени
- г) Гемангиоме печени
- д) Не характерна для опухолевого поражения печени

703. 1709 При первичном раке печени отдаленные метастазы встречаются:

- а) В костях
- б) В забрюшинных лимфоузлах
- в) В легких
- г) В головном мозге
- д) В лимфоузлах

704. 1710 Опухоли печени небольшого размера чаще диагностируются:

- а) При УЗИ
- б) При рентгеновской компьютерной томографии
- в) При ангиографии
- г) При радиоизотопном исследовании
- д) Размеры опухоли не влияют на точность диагностики

705. 1711 Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является: 1. Хирургический 2. Системная химиотерапия

3. Регионарная химиотерапия 4. Лучевое лечение

- а) Верно 1
- б) Верно 2
- в) Верно 3
- г) Верно 4
- д) Верно 3,4

706. 1712 Наиболее частым симптомом рака почки является:

- а) Боль
- б) Пальпируемая опухоль
- в) Гематурия
- г) Слабость
- д) Ускорение СОЭ

707. 1713 Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены:

- а) Гистологической структурой опухоли
- б) Размерами опухоли
- в) Локализацией опухоли
- г) Размерами и локализацией опухоли
- д) Гистологической структурой и размерами опухоли

708. 1714 В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение лимфоузлов:

- а) Шейно-надключичных
- б) Медиастинальных
- в) Забрюшинных
- г) Паховых
- д) Всех групп с одинаковой частотой

709. 1715 У больного лимфогранулематозом отмечается увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон. Это соответствует:

- а) Ia стадии
- б) IIa стадии
- в) IIб стадии
- г) IIIa стадии
- д) IIIб стадии

710. 1716 При наличии у больного лимфогранулематозом поражения шейных лимфоузлов с одной стороны, а также медиастинальных, следует говорить о распространенности, соответствующей:

- а) Ia стадии
- б) IIa стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) IIб стадии

711. 1717 Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки, наличие лихорадки до 38° при лимфогранулематозе расценивается как:

- а) IIa стадии
- б) IIб стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) IV стадии

712. 1718 Поражение при лимфогранулематозе всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью принято расценивать как:

- а) IIa стадии
- б) IIб стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) IV стадии

713. 1719 При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации принято расценивать как:

- а) IIa стадии
- б) IIб стадии
- в) IIIa стадии
- г) IVa стадии
- д) IVб стадии

714. 1720 Рак ободочной кишки чаще метастазирует в:

- а) Парааортальные лимфоузлы
- б) Лимфатические
- в) Печень
- г) Легкие
- д) Паховые лимфоузлы

#### 18. Радиационная медицина

715. 1721 При острой лучевой болезни обязательно поражается:

- а) ЦНС
- б) Сердечно-сосудистая система
- в) Система органов кроветворения
- г) Пищеварительная система
- д) Иммунная система

716. 1722 Наиболее ранний симптом острой лучевой болезни:

- а) Тошнота и рвота
- б) Лейкопения
- в) Эритема кожи
- г) Выпадение волос
- д) Жидкий стул

717. 1723 Пороговая доза развития лучевой болезни:

- а) 0,5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 2 Гр
- г) 3 Гр
- д) 4 Гр

718. 1724 Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение:

- а) Эритроцитов
- б) Лейкоцитов
- в) Нейтрофилов
- г) Лимфоцитов
- д) Тромбоцитов

719. 1725 Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни:

- а) 1,5 Гр
- б) 1 Гр
- в) 0,5 Гр
- г) 0,2 Гр
- д) 0,1 Гр

720. 1726 Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики в год:

- а) До 10
- б) 0
- в) Менее 100
- г) Менее 1000
- д) 20-30

721. 1727 Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах:

- а) Никаких
- б) Утяжеление течения
- в) Большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
- г) Переход острых форм в хронические
- д) Устойчивость к обычной терапии

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ ПО ТЕМЕ:  
КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ХИРУРГИИ

1. Социальная гигиена и организация хирургической помощи

- 1) а
- 2) б
- 3) г
- 4) в
- 5) а
- 6) б
- 7) б
- 8) а
- 9) б
- 10) а
- 11) б
- 12) д
- 13) а
- 14) а

2. Оперативная хирургия

- 15) в
- 16) д
- 17) в
- 18) г
- 19) д
- 20) г
- 21) б

3. Методы исследования в хирургии

- 22) а
- 23) в
- 24) в
- 25) г
- 26) г
- 27) д
- 28) а
- 29) в
- 30) д
- 31) г
- 32) в
- 33) в
- 34) г
- 35) в
- 36) д
- 37) д
- 38) в
- 39) б
- 40) а
- 41) в

#### 4. Методы лечения в хирургии

- 42) в
- 43) г
- 44) б
- 45) в
- 46) д
- 47) в
- 48) а
- 49) в
- 50) в
- 51) д
- 52) б
- 53) г
- 54) б
- 55) б
- 56) а
- 57) а
- 58) в
- 59) г
- 60) г
- 61) б
- 62) д
- 63) д
- 64) б
- 65) в

#### 5. Обезболивание и интенсивная терапия

- 66) а
- 67) в
- 68) д
- 69) в
- 70) г
- 71) г
- 72) г
- 73) д
- 74) а
- 75) б
- 76) в
- 77) в
- 78) а
- 79) б
- 80) в
- 81) г
- 82) а
- 83) г

- 84) а
- 85) а
- 86) г
- 87) а
- 88) д
- 89) д
- 90) г
- 91) д
- 92) д
- 93) д

#### 6. Нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия

- 94) г
- 95) г
- 96) д
- 97) д
- 98) г
- 99) в
- 100) г
- 101) г
- 102) в
- 103) в
- 104) в

#### 7. Грудная хирургия

- 105) г
- 106) г
- 107) д
- 108) а
- 109) д
- 110) б
- 111) в
- 112) а
- 113) в
- 114) а
- 115) в
- 116) д
- 117) д
- 118) б
- 119) в
- 120) д
- 121) а
- 122) г
- 123) б
- 124) в
- 125) д
- 126) г
- 127) б
- 128) д
- 129) б
- 130) д
- 131) д
- 132) б
- 133) в
- 134) а
- 135) г
- 136) г
- 137) б
- 138) б
- 139) г
- 140) б
- 141) г
- 142) а
- 143) д
- 144) д
- 145) в

- 146) г
- 147) в
- 148) в
- 149) а
- 150) в
- 151) г
- 152) г
- 153) б
- 154) в
- 155) а
- 156) а
- 157) б
- 158) а
- 159) а
- 160) в
- 161) в
- 162) б
- 163) в
- 164) б
- 165) а
- 166) б
- 167) г
- 168) б
- 169) г
- 170) а
- 171) д
- 172) г
- 173) а
- 174) д
- 175) в
- 176) г
- 177) б
- 178) б
- 179) г
- 180) а
- 181) б
- 182) в
- 183) д
- 184) д
- 185) а
- 186) д

#### 8. Хирургия сосудов

- 187) б
- 188) б
- 189) а
- 190) д
- 191) б
- 192) в
- 193) б
- 194) а
- 195) б
- 196) в
- 197) д
- 198) г
- 199) а
- 200) б
- 201) а
- 202) г
- 203) г
- 204) д
- 205) а
- 206) в
- 207) д
- 208) а
- 209) в
- 210) в



- 211) г
- 212) г
- 213) в
- 214) в
- 215) в

9. Хирургия органов брюшной полости

- 216) в
- 217) б
- 218) г
- 219) д
- 220) д
- 221) г
- 222) а
- 223) а
- 224) в
- 225) а
- 226) д
- 227) в
- 228) в
- 229) а
- 230) в
- 231) в
- 232) г
- 233) а
- 234) а
- 235) б
- 236) г
- 237) д
- 238) а
- 239) а
- 240) д
- 241) г
- 242) г
- 243) в
- 244) г
- 245) в
- 246) г
- 247) г
- 248) д
- 249) в
- 250) б
- 251) д
- 252) б
- 253) д
- 254) б
- 255) а
- 256) б
- 257) а
- 258) а
- 259) б
- 260) в
- 261) г
- 262) г
- 263) д
- 264) д
- 265) а
- 266) а
- 267) а
- 268) г
- 269) д
- 270) д
- 271) д
- 272) а
- 273) в
- 274) д
- 275) в

276) б  
277) в  
278) в  
279) в  
280) в  
281) д  
282) г  
283) г  
284) а  
285) д  
286) а  
287) в  
288) д  
289) г  
290) д  
291) д  
292) д  
293) г  
294) в  
295) г  
296) г  
297) б  
298) в  
299) г  
300) в  
301) в  
302) в  
303) а  
304) б  
305) в  
306) а  
307) д  
308) в  
309) а  
310) а  
311) в  
312) а  
313) д  
314) г  
315) д  
316) в  
317) в  
318) в  
319) в  
320) г  
321) в  
322) в  
323) г  
324) в  
325) г  
326) а  
327) д  
328) в  
329) в  
330) д  
331) д  
332) в  
333) д  
334) д  
335) а  
336) а  
337) в  
338) д  
339) а  
340) г  
341) г  
342) г  
343) б

344) в  
345) в  
346) в  
347) г  
348) а  
349) а  
350) а  
351) а  
352) а  
353) в  
354) г  
355) г  
356) г  
357) г  
358) д  
359) в  
360) г  
361) г  
362) г  
363) г  
364) д  
365) г  
366) в  
367) б  
368) г  
369) а  
370) а  
371) г  
372) в  
373) д  
374) в  
375) б  
376) г  
377) б  
378) б  
379) г  
380) а  
381) а  
382) б  
383) г  
384) б  
385) в  
386) в  
387) г  
388) б  
389) в  
390) г  
391) а  
392) в  
393) а  
394) в  
395) в  
396) г  
397) в  
398) б  
399) д  
400) а  
401) а  
402) а  
403) в  
404) в  
405) б  
406) в  
407) б  
408) г  
409) г  
410) д  
411) г

- 412) г
- 413) д
- 414) д
- 415) г
- 416) г
- 417) д
- 418) г
- 419) г
- 420) в
- 421) а
- 422) д
- 423) в
- 424) г
- 425) д
- 426) б
- 427) а
- 428) в
- 429) г
- 430) б

#### 10. Травматология и ортопедия

- 431) в
- 432) б
- 433) д
- 434) а
- 435) д
- 436) а
- 437) г
- 438) а
- 439) д
- 440) д
- 441) б
- 442) в
- 443) а
- 444) в
- 445) в
- 446) в
- 447) в
- 448) б
- 449) г
- 450) д
- 451) г
- 452) в
- 453) д
- 454) д
- 455) в
- 456) а
- 457) в
- 458) в
- 459) а
- 460) б

#### 11. Термические повреждения (ожоги и отморожения)

- 461) д
- 462) в
- 463) в
- 464) а
- 465) д
- 466) д
- 467) в
- 468) д
- 469) б
- 470) д
- 471) б
- 472) в
- 473) а

- 474) в
- 475) д
- 476) б
- 477) д
- 478) б
- 479) д
- 480) в
- 481) д

## 12. Колопроктология

- 482) в
- 483) а
- 484) д
- 485) а
- 486) в
- 487) д
- 488) а
- 489) д
- 490) в
- 491) в
- 492) а
- 493) г
- 494) в
- 495) г
- 496) в
- 497) б
- 498) г
- 499) в
- 500) г
- 501) д
- 502) б
- 503) д
- 504) а
- 505) в
- 506) в
- 507) в
- 508) б
- 509) в
- 510) а
- 511) а
- 512) в
- 513) г

## 13. Урология

- 514) г
- 515) в
- 516) д
- 517) г
- 518) а
- 519) г
- 520) б
- 521) а
- 522) а
- 523) д
- 524) б
- 525) б
- 526) в
- 527) а
- 528) д
- 529) д
- 530) д

## 14. Гнойная хирургия

- 531) б
- 532) б

533) а  
534) в  
535) д  
536) в  
537) д  
538) д  
539) б  
540) г  
541) в  
542) г  
543) г  
544) г  
545) г  
546) д  
547) б  
548) г  
549) в  
550) д  
551) в  
552) а  
553) г  
554) д  
555) г  
556) в  
557) в  
558) г  
559) б  
560) в  
561) г  
562) д  
563) б  
564) б  
565) б  
566) в  
567) а  
568) а  
569) в  
570) в  
571) д  
572) г  
573) а  
574) г  
575) а  
576) в

#### 15. Детская хирургия

577) г  
578) г  
579) г  
580) б  
581) б  
582) в  
583) г  
584) в  
585) в  
586) в  
587) г  
588) в  
589) г  
590) в  
591) б  
592) б  
593) в  
594) а  
595) в  
596) б  
597) г

- 598) б
- 599) а
- 600) д
- 601) г

#### 16. Хирургия эндокринной системы

- 602) в
- 603) д
- 604) д
- 605) д
- 606) д
- 607) д
- 608) д
- 609) в
- 610) а
- 611) д
- 612) д
- 613) б
- 614) г
- 615) г
- 616) д
- 617) в
- 618) а
- 619) д
- 620) д
- 621) д
- 622) д
- 623) а
- 624) а
- 625) б
- 626) в
- 627) в
- 628) д
- 629) в
- 630) а
- 631) д
- 632) а
- 633) а
- 634) б
- 635) в
- 636) а
- 637) д
- 638) в
- 639) г
- 640) а
- 641) г
- 642) б
- 643) д

#### 17. Онкология

- 644) в
- 645) в
- 646) д
- 647) д
- 648) б
- 649) г
- 650) а
- 651) б
- 652) г
- 653) а
- 654) д
- 655) б
- 656) г
- 657) д
- 658) д
- 659) г

660) Г  
661) Д  
662) В  
663) В  
664) Б  
665) Г  
666) Г  
667) Б  
668) А  
669) В  
670) Г  
671) А  
672) В  
673) Г  
674) Б  
675) Б  
676) А  
677) В  
678) Б  
679) А  
680) Д  
681) А  
682) В  
683) А  
684) Г  
685) Г  
686) Г  
687) Б  
688) Г  
689) Б  
690) Г  
691) Д  
692) В  
693) В  
694) В  
695) В  
696) А  
697) Г  
698) Г  
699) В  
700) В  
701) В  
702) А  
703) В  
704) В  
705) А  
706) В  
707) Г  
708) А  
709) В  
710) Б  
711) Г  
712) Г  
713) Д  
714) В

18. Радиационная медицина

715) В  
716) Д  
717) Б  
718) Г  
719) А  
720) А  
721) А



## ТЕМАТИКА КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ:

1. Гнойный мастит. Классификация, клиника, лечение. Профилактика.
2. Эхинококк печени. Диагностика, патогенез, хирургическое лечение.
3. Подготовка больных с тиреотоксическим зобом. Критерии готовности больных к операции.
4. Кишечная непроходимость. Классификация, этиология, патогенез, клиника и лечение. Странгуляционная кишечная непроходимость.
5. Острый гематогенный остеомиелит трубчатых костей. Этиология, патогенез, диагностика и лечение (консервативное и оперативное).
6. Проникающие ранения живота. Клиника и лечение.
7. Острый аппендицит. Классификация и клиника. Техника аппендэктомии.
8. Антикоагулянты в хирургии.
9. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Показания к оперативному лечению и виды хирургических операций.
10. Перитонит. Этиология, патогенез, клиника, фазы течения, лечение.
11. Закрытые повреждения груди. Классификация и лечение.
12. Гнойный паротит. Клиника, лечение, осложнения, профилактика.
13. Септический шок. Патогенез, клиника, течение, профилактика.
14. Эхинококк легкого. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
15. Методика обследования больных при варикозном расширении вен нижних конечностей (пробы).
16. Ожоговый шок и меры борьбы с ним.
17. Паховые грыжи: прямые и косые. Анатомия пахового канала. Оперативное лечение.
18. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника, методы обследования и лечение.
19. Отморожения. Этиопатогенез, классификация, лечение, профилактика.
20. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Пенетрация, малигнизация язвы. Клиника, диагностика, лечение.
21. Принципы лечения разлитого гнойного перитонита.
22. Ошибки при переливании крови. Их ранняя диагностика и своевременная коррекция.
23. Термический шок. Патогенез, классификация, клиника, общее и местное лечение, показания к ранней кожной пластике.
24. Методы хирургического лечения язвы 12-перстной кишки. Показания и противопоказания к СПВ.
25. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
26. Почечная колика. Этиология, дифференциальная диагностика, первая помощь, осложнения.
27. Ущемленные бедренные грыжи. Особенности их оперативного лечения.
28. Осложнения ЖКБ: механическая желтуха, холангит, ангиохолит. Клиника, диагностика, лечение.
29. Острые тромбозы и эмболии магистральных сосудов. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение (антикоагулянтная и фибринолитическая терапия). Хирургическое лечение.
30. Кишечные свищи. Классификация, причины, клиника, диагностика.
31. Острый холецистит. Показания к хирургическому лечению и виды оперативных вмешательств.
32. Хирургический сепсис. Этиология, клиника, лечение.
33. Особенности острого аппендицита у детей, лиц пожилого возраста и беременных женщин.
34. Острый панкреатит. Консервативное и оперативное лечение. Объем оперативных

вмешательств.

35. Гастродуоденальное кровотечение - как осложнение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, лечение (оперативное и консервативное).
  36. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с другими хирургическими заболеваниями (холецистит, панкреатит, прободная язва, почечная колика).
  37. Виды блокад, (вагосимпатическая, паранефральная, круглой связки печени, семенного канатика). Показания. Техника.
  38. Консервативная терапия больных с облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом нижних конечностей.
  39. Осложнения грыж. Клиника, диагностика, тактика хирурга.
  40. Перфоративная язва. Клиника, диагностика, показания к ушиванию и резекции желудка.
  41. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, консервативное лечение.
  42. Особенности тактики хирурга при остром холецистите, осложненным холангитом, механической желтухой, холецистопанкреатитом.
  43. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Показания к ушиванию язв и резекции желудка при перфоративной язве. Методы ушивания и резекции.
  44. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и патологии женских половых органов.
  45. Легочные кровотечения. Причины, клиника, диагностика, лечение.
  46. Механическая желтуха. Клиника, диагностика, лечение.
  47. Болезни оперированного желудка органического происхождения. Клиника, диагностика, лечение.
  48. Осложнения ранений груди. Гемоторакс. Эмпиема плевры. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
  49. Тактика хирурга при механической кишечной непроходимости. Показания к оперативному лечению Объем оперативных вмешательств.
  50. Болезни оперированного желудка функционального происхождения. Клиника, диагностика, лечение демпинг-синдрома.
  51. Панариций. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
  52. Закрытые повреждения живота. Классификация, клиника, диагностика повреждений внутренних органов.
  53. Облитерирующий эндартериит. Классификация, этиология, патогенез.
  54. Повреждения плечевого пояса (перелом лопатки и ключицы).
  55. Острый холецистит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения у лиц пожилого возраста.
  56. Абсцесс Дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение.
  57. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
  58. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение, виды операций.
  59. Тромбофлебит острый и хронический. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
  60. Обследование и показания к селективной ваготомии при язвенной болезни.
  61. Зоб Хошимото, Риделя. Клиника, диагностика, лечение.
  62. Флегмона кисти. Классификация, диагностика, лечение, профилактика.
  63. Показания к хирургическому лечению язвы желудка и 12-перстной кишки. Резекция желудка по БильротI и БильротII.
  64. Грыжи белой линии живота. Пупочная грыжа. Лечение.
  65. Постхолецистэктомический синдром. Классификация, диагностика, профилактика.
- Методы проверки проходимости внепеченочных желчных путей.
66. Рак прямой кишки. Диагностика. Лечение.

67. Суставной панариций. Клиника, диагностика, лечение.
68. Осложнения острого аппендицита. Классификация, профилактика, лечение.
69. Современные методы детоксикации в хирургии. Классификация, показания, методы проведения.
70. Предоперационная подготовка больных со стенозом выходного отверстия желудка.
71. Рожистое воспаление. Клиника, диагностика, лечение.
72. Тромбоз и эмболии мезентериальных сосудов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
73. Поддиафрагмальный абсцесс. Этиологии, клиника, диагностика, лечение.
74. Травматический шок. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
75. Хроническая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение.
76. Внутритазовые абсцессы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
77. Резус-фактор крови. Определение резус-принадлежности и резус-совместимости при переливании крови.
78. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, лечение.
79. Тиреотоксический зоб. Предоперационная подготовка, хирургическое лечение.
80. Гнойная и гнилостная инфекция ран. Диагностика, лечение.
81. Осложнения при переливании крови. Профилактика, лечение.
82. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в послеоперационном периоде. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
83. Рентгенологический контроль в диагностике кишечной непроходимости.
84. Гнойный паротит. Клиника, лечение, профилактика.
85. Асептика и антисептика в хирургии.
86. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
87. Окклюзионные поражения артерий. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода.
88. Инфузионная терапия при острой кишечной непроходимости. Расчет количества переливаемой жидкости.
89. Тиреотоксикоз. Тиреотоксический криз. Лечение тиреотоксического криза.
90. Основные лекарственные средства, применяемые в анестезиологии. Ингаляционные и неингаляционные анестетики. Местные анестетики.
91. Показания и противопоказания к переливанию крови. Техника переливания. Прямое переливание и реинфузия крови.
92. Инфузионная терапия при перитоните.

### **Практические навыки**

1. Аппаратура и инструментарий для хирургических эндоскопических операций. Настройка и обслуживание аппаратуры и инструментария.
2. Техника операций при ущемленной паховой и бедренной грыже.
3. Концевая илеостомия. Закрытие илеостомы. Цекостомия, сигмостомия. Техника выполнения.
4. Базовые навыки в эндохирургии. Эргономика.
5. Методы декомпрессии кишечника.
6. Пилоропластика. Техника выполнения операций.
7. Характеристики современных сетчатых эндопротезов и особенности их применения.
8. Торакоцентез. Плевральное дренирование. Торакотомия. Техника выполнения.
9. Вскрытие и дренирование аппендикулярного абсцесса.

10. Техника работы электрохирургическим крючком
11. Определение жизнеспособности петли кишечника при ущемленной грыже и кишечной непроходимости. Принципы резекции кишки.
12. Техника операций холедохотомии и холедохостомии. Показания к дренированию и методики.
13. Определение рисков в эндохирургии
14. Интраоперационная остановка кровотечения при травме печени. Техника выполнения.
15. Абдоминальный компартмент синдром. Методика определения внутрибрюшного давления.
16. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия, холецистохолангиостомия под контролем ультразвукового исследования.
17. Технические нюансы лапароскопической холецистэктомии
18. Техника ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
19. Методы рентгенологического и УЗИ контроля желчных путей и печени (МРТ, фистулография и т.д.). Показания, методики.
20. Лапароцентез и методика «шарящего катетера». Парацентез под контролем УЗИ.
21. Правосторонняя гемиколэктомия. Илеотрансверзоанастомоз. Гемиколэктомия левосторонняя. Техника выполнения
22. ***Техника эндоскопического одиночного и непрерывного шва. Техника интракорпорального и экстракорпорального завязывания узлов.***
23. Техника хирургического лечения гемо-пневмоторакса.
24. Показания и техника эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ). Стентирование желчных протоков под видеоэндоскопическим контролем.
25. Аппендэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий.
26. Техника резекции желудка по Бильрот I, по Бильрот II.
27. Показания и техника выполнения билиодигестивных анастомозов при доброкачественных заболеваниях органов гепатобиллиарной зоны. Этапы операции.
28. Техника наложения межкишечного анастомоза: бок-в бок, конец-в-конец.
29. Инвагинация кишечника. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Освобождение кишки, внедренной в другую. Методы лечения.
30. Герниолапароскопия
31. Оказание первой помощи больным с подкожной и медиастинальной эмфиземы.
32. Техника операций на щитовидной железе
33. Склерозирование и лигирование варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Установка зонда Блэкмора.
34. Принципы и техника операций при флегмоне грыжевого мешка.
35. Техника оперативного лечения разрывов мочевого пузыря.
36. Эндохирургия прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
37. Технические аспекты гибкой эндоскопии (бронхо-, гастро-, колоноскопия). Эндогемостаз
38. Техника выполнения гепатикоеюноанастомоза. Показания.
39. Кисты поджелудочной железы. Наружное дренирование. Цистогастростомия.
40. Паллиативные операции при раке желудка. Лапароскопическая гастростомия.
41. Аутодермопластика. Показания. Техника выполнения.
42. Эндохирургия при экстренных гинекологических заболеваниях.
43. Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием асцендоректального анастомоза. Показания. Техника выполнения.
44. Спленэктомия. Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке, перисплените. Ближайшие и отдаленные результаты спленэктомии.
45. Операции при вросшем ногте. Удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса.
46. Лапароскопическая хирургия острой кишечной непроходимости.

47. Лапароскопическое наложение анастомозов желудочно-кишечного тракта.
48. Лапароскопическая хирургия острого панкреатита и панкреонекроза.
49. Оценка функциональных проб при заболеваниях артерий и вен нижних конечностей. Показания, методики, интерпретация результатов.
50. Операции при анальной трещине и эпителиальном копчиковом ходе.
51. Профилактика тромбоэмболических осложнений у хирургических больных.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### ЗАДАЧА

Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин непрямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутripеченочные протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

### ЗАДАЧА

Женщина в возрасте 53 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи, кожный зуд, желтушность склер, «белый» кал. За последние 4 мес приступ четвертый. В анамнезе - медработник, донор крови. При объективном исследовании выявляются небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках, спине, груди. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Данные лабораторного обследования больной: общий белок - 85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199 МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 · 10<sup>9</sup>, гемоглобин 121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128. Абдоминальная ультрасонография: общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Поджелудочная железа и почки в норме. Сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

### ЗАДАЧА

Больная Ж., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38°, озноб.

При объективном исследовании : повышенного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдоминальная ультрасонография.Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из которых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь.

Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 тыс/л.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Показания и методы профилактики тромбоэмболических осложнений.

### ЗАДАЧА

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8<sup>0</sup>С, лейкоцитоз – 11,5x10<sup>9</sup>/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.  
На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.
3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

### ЗАДАЧА

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургии с жалобами на боли в эпигастриальной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритро. 4,1x10<sup>12</sup>, Hb 120 г/л, лейко. 7,3x10<sup>9</sup>, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастроуденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?
7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

### ЗАДАЧА

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт. ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной?

### ЗАДАЧА

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

### ЗАДАЧА

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,0°C. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц.  $4,8 \times 10^{12}$ , Hb 140 г/л, лейкоц.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

### ЗАДАЧА

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастррии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , Hb 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?



4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

### ЗАДАЧА

Больной Т., 38 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Рс 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм ртст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

### ЗАДАЧА

Б-ой 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/\text{л}$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в пр. подвздошной. области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

### ЗАДАЧА

Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкой кишки с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

### ЗАДАЧА

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

### ЗАДАЧА

У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

### ЗАДАЧА

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \times 10^3$  в 1мкл, эритроцитов—  $3,1 \times 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

### ЗАДАЧА

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

1. Какое заболевание у больной?
2. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
3. Как следует поступить во время операции?
4. Тактика ведения в послеоперационном периоде?

### ЗАДАЧА

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°C, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от 15,0·10<sup>3</sup> до 18,0·10<sup>3</sup> в 1мкл.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Дополнительные методы исследования в первые сутки с момента госпитализации?
4. План обследования?
5. Современные методы лечения.

### ЗАДАЧА

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

### ЗАДАЧА

Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

## ЗАДАЧА

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание.

1. Какое заболевание вы заподозрили у больного?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы лечения данной патологии.

## ЗАДАЧА

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану подлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.

8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

### ЗАДАЧА

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л, амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура -  $37,4^{\circ}\text{C}$ . На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела  $39,8^{\circ}\text{C}$ , потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты  $30 \times 10^9$ /л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клинико-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

### ЗАДАЧА

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

### ЗАДАЧА

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье.

Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до  $38^{\circ}\text{C}$ . На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до  $40^{\circ}\text{C}$ , появились головные боли и сухость во рту.

При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Температура тела  $39,5^{\circ}\text{C}$ . Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи.

При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените тяжесть состояния пациента.
3. К какой группе заболеваний относится, назовите основных возбудителей данного заболевания?
4. Какие формы данного заболевания различают?
5. Как данное заболевание делится по локализации, укажите специальные названия отдельных видов?
6. Расскажите об основных принципах лечения и тактике ведения больных?
7. Какие виды лечения применяют и в каких случаях?
8. В каком конкретном лечении нуждается данный пациент?
9. Какие осложнения данного заболевания возникают?
10. Осложнением каких заболеваний может быть данное состояние?

### ЗАДАЧА

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

### ЗАДАЧА

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

### ЗАДАЧА

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.

5. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении?
6. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
7. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

### **ЗАДАЧА**

Больной А., 30 лет, сбит автомашиной. Доставлен ССМП без транспортной иммобилизации. Состояние тяжелое. Бледен. АД - 80/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Нога резко деформирована в верхней трети, определяется варусное искривление бедра. Здесь же по наружной поверхности бедра рана с рваными краями размерами 4X5 см, кровоточит. Пульс на артериях стопы сохранен, движения в пальцах стопы сохранены.

1. Назовите диагноз повреждения согласно классификации А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
2. Классификация повреждений бедренной кости.
3. Назовите ошибки бригады скорой помощи.
4. Назовите возможные поздние осложнения этого повреждения.
5. Перечислите лечебные мероприятия в должной последовательности.

### **ЗАДАЧА**

Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении.
5. Назовите классификацию повреждений данной области.
6. Показания и способы хирургического лечения переломов костей голени, образующих голеностопный сустав и костей стопы.
- 7.. Перечислите возможные осложнения переломов костей голени, стопы, отметьте пути их профилактики и методы лечения.

### **ЗАДАЧА**

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра - выявлены клинические признаки заболевания и рентгенологические симптомы.

1. Каковы ранние клинические признаки врожденного вывиха бедра?
2. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра после 1 года.
3. Назовите основные причины возникновения врожденного вывиха бедра.
4. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра.
5. Дополнительные методы обследования применяемые для диагностики врожденного вывиха бедра.
6. Показания и способы консервативного лечения.
7. Показания и способы хирургического лечения.

### **ЗАДАЧА**

Сержант Т., 28 лет, во время обстрела получил сквозное пулевое ранение левого бедра с переломом кости. Из выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы раненому была наложена повязка из 2-х индивидуальных пакетов и сделана инъекция промедола шприц-тюбиком. Нога фиксирована двумя толстыми сучьями. На МПП доставлен через 40 минут. При поступлении состояние тяжелое - бледен пассивен к окружающему, пульс 110 в минуту, АД-85/40. Нога фиксирована двумя ветками, достигающими до

уровня тазобедренного сустава. Бедро деформировано, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

1. Какой диагноз Вы впишете в первичную медицинскую карточку раненому?
2. Каков должен быть объем помощи раненому на МПП?
3. Как Вы оцениваете проведенную иммобилизацию подручными средствами? В чем заключается основная ошибка?
4. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего? Обоснуйте Ваше решение.
5. Перечислите возможные осложнения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей.
6. Классификация огнестрельных переломов.
7. Перечислите этапы первичной хирургической обработки ран.

### ЗАДАЧА

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, направленного в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

### ЗАДАЧА

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2x3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.



Пациентка М., 50 лет, потупила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 °С, желтушность кожных покровов и склер. Состояние средней тяжести. Число дыханий 20 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом подреберье. Там же определяются положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Количество лейкоцитов крови —  $11 \times 10^9/\text{л}$ . Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой) мкмоль/л.

5. УЗИ признаки деструктивного холецистита.
6. Показатели, позволяющие заподозрить наличие холедохолитиаза?
7. Какие методы исследования информативны для диагностики холедохолитиаза?
8. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

#### Ситуационная задача

Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток. В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед. помощью не обращалась. При осмотре состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

11. Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличие толстокишечной?
12. Клиника желчнокаменной непроходимости?
13. Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?
14. Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?
15. Какая кишечная непроходимость имеет идентичную клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью, тактика хирурга.

#### Ситуационная задача

Пациент В., 52 г., поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, рвоты. В анамнезе: оперирован 2 года назад по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. Газы отходят плохо. При осмотре состояние средней степени тяжести. Язык суховат. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот равномерно умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах; определяется «шум плеска»; шумы кишечной перистальтики вялые, единичные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются горизонтальные тонкокишечные уровни.

1. Проведение консервативной терапии у пациентов с обтурационной формой ОКН и его длительность?
2. Признаки неразрешающейся острой тонкокишечной непроходимости?
3. Сроки оперативного вмешательства при странгуляционной форме кишечной непроходимости?
4. Запущенная стадия ОКН - это: (показатели, сроки и т.д.). Сроки предоперационной подготовки?

#### Ситуационная задача

Пациент К., 42 года, в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. Отмечает сонливость, нарушение памяти. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм. рт. ст. В общем анализе крови: гемоглобин 78 г/л. ФГДС- определяются варикозно расширенные вены пищевода на 2-

4 см от пищеводно-желудочного перехода. При УЗИ брюшной полости определяется асцитическая жидкость. Билирубин 40 мкмоль/л, протромбиновый индекс 60%.

1. Ваш диагноз?
2. В норме давление в системе портальных вен?
3. В России принятая классификация степени расширения варикозных вен?
4. Причины энцефалопатии при портальной гипертензии?
5. По каким критериям оценивается функциональное состояние цирроза печени (по Чайлд-Пью)?

### Ситуационная задача

Пациент К., 50 лет, поступил с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул. ФГДС – определяются варикозно расширенные вены пищевода. Определяется выраженная бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. *Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л. УЗИ органов брюшной полости:* печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная.

1. Виды эндогемостаза при портальной гипертензии? Противопоказания к эндоскопическому лигированию вен.
2. Какую операцию применяют для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?
3. Фармакотерапия портальной гипертензии.
4. Трансюгулярное внутрипеченочное портосистемношунтирование TIPS.

### Ситуационная задача

Пациент В., 40 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышка. За 2 часа до поступления упал с высоты. Пальпаторно живот мягкий, б/болезненный. Болезненность пальпаторно в грудной клетке слева. Аускультативно в нижних отделах грудной клетки дыхание не проводится. АД – 100/70 мм рт.ст. Пульс – 92 удара в 1 минуту. Общие анализы крови и мочи в пределах нормы. На рентгенограмме грудной клетки слева - признаки гемоторакса.

1. Классификация гемотораксов.
2. Какую пробу проводят для определения продолжающегося кровотечения?
3. Показания к дренированию плевральной полости при гемотораксе?
4. Показания к торакотомии при свернувшемся гемотораксе?
5. Показания к торакотомии при продолжающемся внутриплевральном кровотечении?

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно - пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. В крови: Эр 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нв – 100 г/л, гематокрит 33%. При ФГДС - на малой кривизне желудка обнаружено кратерообразное изъязвление, диаметром до 3 см, с плотными неровными краями, на дне которого фиксирован красный кровяной сгусток без просачивания крови из-под него.

1. Степень тяжести кровопотери?

2. Классификация степени остановки кровотечения?
3. Тактика эндоскописта при обнаружении тромба на дне язвы?
4. Схема антисекреторной терапии при язвенном кровотечении?

#### Ситуационная задача

Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

1. Какова дальнейшая тактика хирурга?
2. Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?
3. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?
4. В каких случаях показано иссечение прободной язвы?
5. Профилактическое применение антибиотиков.

#### Ситуационная задача

Пациентка Д., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на обильный дневной жидкий стул с примесью слизи и крови до 4-5 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость. Считает себя больной в течение 3 сут. Состояние при поступлении тяжелое. Температура тела 37,8 °С, ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. В анализах крови: Нв - 90 г/л, эритроциты -  $2,5 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $10 \times 10^9/л$ , СОЭ - 43 мм/ч., общий белок - 58 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Опишите лечение.
3. Эндоскопические признаки данного заболевания?
4. Биопсия материала во время операции для подтверждения диагноза.

#### Ситуационная задача

Пациент Т., 30 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, наличие черного стула. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Нв - 80г/л. При экстренном ФГДС - патологических изменений в желудке, в 12 – перстной кишке не обнаружено. При появлении свежей крови по НГЗ произведена повторная ФГДС зав. отделением эндоскопии – обнаружены изъязвления Дъелафуа, проведен эндогемостаз.

1. Локализация изъязвлений Дъелафуа на желудке?
2. Эндоскопическая картина изъязвлений Дъелафуа?
3. Негативное действие Н<sub>2</sub>-блокаторов при язвенном кровотечении?
4. Показания для переливания эр. массы при остром кровотечении?

