

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.10.2026 10:29:14
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ХИРУРГИЯ»

Специальность	<u>31.08.57 Онкология</u>
Квалификация	<u>врач-онколог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургии и урологии им. профессора Б. И. Мирошникова</u>

**Санкт- Петербург
2026 г.**

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ХИРУРГИЯ»

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Контрольные вопросы
		Ситуационные задачи
		Реферат
		Тестовые задания для зачёта
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Контрольные вопросы
		Ситуационные задачи
		Реферат
		Тестовые задания для зачёта

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

№ п/п	Код и наименование компетенции	Этапы формирования компетенций	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
1.	ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: -международную классификацию болезней (МКБ); -методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма, -принципы дифференциальной диагностики заболеваний. Уметь: -пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности	«хорошо» / «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний,

		полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; -формулировать полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Владеть: -методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний; -алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	компетенции Пороговый уровень сформированности компетенции Компетенция не сформирована	«удовлетворительно» / «зачтено» «неудовлетворительно» / «не зачтено»	демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме. Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками. Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.
2.	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Знать: -этиологию, патогенез, клинику и современные методы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля; -порядок оказания хирургической медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); -лекарственные и нелекарственные			

		методы лечения, показания и противопоказания к их назначению. Уметь: -осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; -интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; -оценить тяжесть состояния больного; -выбрать оптимальный метод лечения в соответствии с действующими порядками оказания хирургической медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); -провести необходимые лечебные процедуры и медикаментозное лечение, с учетом показаний и противопоказаний; -предупреждать нежелательные побочные эффекты. Владеть: -навыками интерпретации полученных результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, алгоритмом и техникой выполнения основных лечебных мероприятий при оказании			
--	--	---	--	--	--

		хирургической медицинской помощи; -методами оценки адекватности фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний и осложнений при ее проведении; -оформлением первичной медицинской документации.			
--	--	---	--	--	--

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса.
2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты реше-	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией

		ний. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения		при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи.
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
5	Балл «5» ставится в том случае, когда обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
4	Балл «4» ставится в том случае, когда обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
3	Балл «3» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
2	Балл «2» ставится в том случае, когда обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Разбор ситуационных задач

Оценка	Описание
5	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
4	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
3	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
2	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
90-100	Отлично
80-89	Хорошо
70-79	Удовлетворительно
0-69	Неудовлетворительно

Рефераты

Оценка	Описание
5	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована.

Оценка	Описание
	Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
4	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
3	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
2	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.1. Вопросы для устного опроса

ПК-5; ПК-6

1. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи в условиях города
2. Организация экспертизы трудоспособности в подразделениях хирургической службы
3. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении пациентов
4. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении коллег
5. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении среднего и младшего медицинского персонала
6. Принцип наставничества в хирургии
7. Организация действий медперсонала хирургического стационара при пожаре.
8. Организация действий медперсонала хирургического стационара при угрозе заражения особо опасной инфекцией
9. Патогенез острой кишечной непроходимости
10. Патогенез острой кровопотери
11. Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи
12. Оперативная хирургия головы и шеи
13. Клиническая и топографическая анатомия груди
14. Оперативная хирургия груди
15. Клиническая и топографическая анатомия живота
16. Оперативная хирургия живота
17. Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности
18. Оперативная хирургия таза и промежности
19. Клиническая и топографическая анатомия конечностей
20. Оперативная хирургия конечностей
21. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов груди
22. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, брюшинного пространства и таза.

23. Инструментальные методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, брюшинного пространства и таза.
24. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма
25. Интенсивная терапия при шоке
26. Механизм лечебного действия, показания и противопоказания к переливанию различных трансфузионных сред
27. ДВС-синдром. Фазы, патогенез, клиника, принципы лечения.
28. Доброкачественные опухоли молочной железы, клиника, диагностика, методы лечения.
29. Нагноительные заболевания легких и плевры
30. Спонтанный пневмоторакс
31. Злокачественные опухоли пищевода и кардии.
32. Дивертикулы пищевода
33. Открытые и закрытые повреждения грудной клетки
34. Гемоторакс. Виды пневмотораксов
35. Язвенная болезнь желудка и ДПК
36. Полипы желудка
37. Рак желудка
38. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок
39. Опухоли тонкой кишки
40. Опухоли и кисты брыжейки
41. Острая кишечная непроходимость
42. Спаечная болезнь брюшной полости
43. Острый и хронический аппендицит
44. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки
45. Наружные кишечные свищи
46. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
47. Функциональное состояние печени при хирургической патологии
48. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени
49. Непаразитарные кисты печени
50. Паразитарные заболевания, абсцессы печени
51. Циррозы печени и портальная гипертензия
52. Механическая желтуха
53. Острый холецистит
54. Хронический калькулезный холецистит
55. Рак желчного пузыря и желчных протоков
56. Рак БДС
57. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
58. Заболевания поджелудочной железы
59. Острый панкреатит
60. Хронический панкреатит
61. Опухоли поджелудочной железы
62. Кисты поджелудочной железы
63. Общее учение о грыжах
64. Паховые грыжи. Бедренные грыжи
65. Пупочная грыжа. Послеоперационные грыжи
66. Диафрагмальные грыжи. Редкие виды грыж
67. Общие сведения о травме живота. Сочетанная травма
68. Травма полых и паренхиматозных органов живота
69. Диффузный и узловой зоб
70. Рак щитовидной железы
71. Хирургическое лечение гиперпаратиреоза, инсулиномы и ульцерогенной аденомы

72. Опухоли мозгового и коркового слоя надпочечников
73. Флебит, тромбофлебит вен нижних конечностей
74. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
75. Острые нарушения мезентериального кровообращения
76. ТЭЛА
77. Острый пиелонефрит, почечная колика
78. Острая задержка мочи. Повреждения почек и мочевых путей
79. Внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут и разрыв кисты яичника, острый аднексит, пельвиоперитонит
80. Современное представление о возникновении злокачественного опухолевого роста. Основные принципы диагностики онкологических заболеваний
81. Основные принципы лечения онкологических заболеваний
82. Черепно-мозговая и спинальная травма
83. Переломы костей таза. Множественные и сочетанные повреждения костей таза
84. Травма конечностей. Заболевания опорно-двигательного аппарата
85. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса
86. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции
87. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний
88. Фурункул, карбункул, рожистое воспаление, флегмона, абсцесс
89. Флегмоны таза
90. Панариций. Флегмона кисти
91. Острый остеомиелит
92. Хронический остеомиелит
93. Острый лактационный мастит
94. Терминология и классификация, этиология и патогенез. Клиническая картина, осложнения сепсиса
95. Септический шок. Принципы лечения
96. Клостридиальная инфекция, столбняк. Бешенство, актиномикоз
97. Анаэробная неклостридиальная инфекция
98. Особенности течения хирургической инфекции при сахарном диабете. Диабетическая стопа
99. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости
100. Антибиотики в хирургии
101. Антибактериальные средства других классов. Принципы сочетанной антибактериальной терапии
102. Острый парапроктит, свищи прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход
103. Геморрой
104. Рак прямой кишки
105. Рак ободочной кишки
106. Осложнения и хирургическое лечение дивертикулеза толстой кишки

3.1.2. Тематика рефератов

ПК-5; ПК-6

1. Острый аппендицит.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения.
3. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса.
4. Неосложненные и ущемленные грыжи живота.

5. Острая и хроническая кишечная непроходимость различной этиологии.
6. Острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит.
7. Холедохолитиаз.
8. Холангит и механическая желтуха различной этиологии.
9. Острый и хронический панкреатит, кистозные поражения поджелудочной железы.
10. Желудочные, кишечные, желчные, панкреатические и смешанные наружные и внутренние свищи.
11. Открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей.
12. Варикозное расширение вен нижних конечностей, острый и хронический тромбоз и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз.
13. Облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена.
14. Гнойные заболевания мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа).
15. Острый и хронический остеомиелит.
16. Ожоги и отморожения, электротравма.

3.1.3. Ситуационные задачи

ПК-5; ПК-6

Задача № 1.

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 х 10/л, Нв – 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Алгоритмы Ваших действий.
2. Принципы консервативной терапии.
3. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
4. Ваши рекомендации при выписке.

Эталон ответа:

1. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
2. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.
3. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопо-

тери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.

4. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача № 2.

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

ВОПРОСЫ:

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз. Клиническая классификация этого заболевания. План обследования пациентки. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
2. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
3. Объем медицинской помощи. Возможные осложнения в послеоперационном периоде. Меры профилактики повторения этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия 2-а ст. Классификация предусматривает этиологию заболевания (свыше 95% кардиопатии); необходимо оценить тяжесть острой ишемии (1, 2, 3 ст.); локализацию окклюзии. План обследования: 1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ; 2) доплерографическая оценка состояния сосудов. Данную патологию следует дифференцировать с тромбозом подключичной вены; острым невритом, острым миозитом.

2. Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.

3. Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия. Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы; медикаментозная терапия антиагрегантами.

Задача №3.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, была трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации он мягкий, имеется разлитая болезненность с преимущественной локализацией в

его нижних отделах. Перкуторно определяется тимпанит по ходу толстой кишки, перистальтика выслушивается ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы - в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала - обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 24 мм/ч.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий. Принципы консервативной терапии.
5. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.

Эталон ответа:

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалокOLON, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

Задача № 4.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение наступило после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование, 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты - $14,1 \times 10^9/\text{л}$,

ВОПРОСЫ: О каком заболевании может идти речь? Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Какая лечебно-диагностическая программа? Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография. Общий анализ крови, диастаза мочи.
3. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:
 - борьба с болью, восполнение ОЦК.
 - воздействие на местный патологический очаг,
 - уменьшение эндоинтоксикации,
 - коррекция тромбогеморрагических осложнений,
 - иммунокоррекция,
 - нутритивная и энергетическая поддержка.
4. При осложнениях кист – оперативное:
 - дренирующие операции,
 - резекция ПЖ.

Задача № 5.

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области. При осмотре - состояние больного тяжелое, кожные покровы - бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью со сгустками. В общем анализе крови - анемия, количество эритроцитов - до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

ВОПРОСЫ:

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
2. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
3. Классификация данного вида травмы.
4. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?
5. Каков характер оперативного вмешательства в зависимости от степени и характера травмы?

Эталон ответа:

1. Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка.
2. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки.
3. Отрыв, надрыв или разрыв правой почки.
4. Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.
5. Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.

Задача №6.

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5⁰С, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,2⁰С. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты 3,9х10¹²/л, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты 11,4*10⁹/л, эозинофилы - 1%, п/я - 10%, с/я - 61%, лимфоциты - 23%, моноциты - 5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Объём дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Эталон ответа:

1. Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост).
2. КТ, ангиография, бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ на наличие отдалённых метастазов.
3. Лобэктомия, дистанционная гамма-терапия, химиотерапия (циклофосфан, 5-фторурацил, нирозомочевина).

Задача № 7.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травм. пункта 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 38,4⁰С, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

ВОПРОСЫ:

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.

Эталон ответа:

1. Пневмония.
2. Необоснованно наложена давящая повязка (ограничивает экскурсию грудной клетки, снижа-

ется вентиляция лёгких -> пневмония), также необходимо назначить средства снижающие вязкость мокроты (АЦЦ).

3. Необходимо снять повязку, выполнить спирт-новокаиновую блокаду, назначить антибиотики, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию, отхаркивающие препараты.

4. Открытая, закрытая, проникающая, непроникающая, с повреждением или без повреждения внутренних органов.

Задача № 8.

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. Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

ВОПРОСЫ:

1. Какой вариант патологии имеется у больного?
2. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
3. Современные методы хирургического лечения.
4. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Эталон ответа:

1. Ретроградное ущемление по Поля.
2. Необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю. Если она тоже жизнеспособна, то погружение кишки в брюшную полость, удаление грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот. Если нет - резекция ее и 30-40см приводящей и 15-20см отводящей петли кишки. Анастомоз (лучше «конец в конец»).
3. Метод Шулдайса (укрепление задней стенки пахового канала за счет создания дубликатуры поперечной фасции путем непрерывного многорядного шва металлизированной нитью + дубликатура апоневроза наружной косой мышцы живота). Пластика проленовой или полипропиленовой сеткой – по Лихтенштейну. Лапароскопическая герниопластика, Постемского, Мак – Вея, Кукуджанова, классический способ Бассини.
4. 1я профилактика: исключать стойкое ↑ внутрибрюшное давления. 2я: плановое грыжесечение.

Задача № 9.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в этой области.

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 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невраваемого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

ВОПРОСЫ:

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.

Эталон ответа:

1. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа с опухолью.
2. Нагноение послеоперационной раны (из-за небрежного гемостаза, грубого обращения с тканями во время операции и плохая защита раны от загрязнения, введение через рану тампонов и дренажей, нарушение правил асептики и т.д.).
3. Эвентрация (стойкое повышение внутрибрюшного давления при кашле, рвоте, ранних физических нагрузках, парез кишечника при перитоните, технические погрешности при ушивании). Большая физ нагрузка.
4. Ущемление, травматизация, спаечная непроходимость, угрожающий разрыв (абсолютные); косметический дефект, быстрый рост, узкие ворота, нарушение пассажа пищи, желание пациента.
5. Стабилизация сопутствующих заболеваний, консультации специалистов, исследование свертывающей системы крови, дополнительное рентгенологическое исследование с барием. Ношение бандажа, чтобы организм привык к повышенному в/б давлению. ЛФК для укрепления ДС и ССС. Очистительная клизма, реланиум на ночь, не завтракать.
6. Пластика аутокожей, аутофасцией, капроновой, проленовой или полипропиленовой сеткой. Используется ненапряжной метод. Можно сделать невраваемую грыжу вправимой и после экзномного иссечения рубцов закрыть дефект аллотрансплантатом.
7. Профилактика пареза кишечника. Бинтовать ноги, аспирин. Наблюдение. Следить за состоянием ССС и ДС, обезболивать. Поднимают на 2-3 день. Ношение бандажа сроком до 1г. При необходимости - переливание жидкости, коррекция водносолевого и КЩР. Витамины А, С, Д. ЛФК.

Задача № 10.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5⁰С. 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 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

ВОПРОСЫ:

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.

Эталон ответа:

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбофлебит поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени.
2. Рожа, флегмона подкожной клетчатки.
3. Оперативное лечение (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий).
4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики.
5. Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон).

Задача № 11.

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 эпигастральной 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. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритро. $2,8 \times 10^{12}$, 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 эритромазсы этой группы.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
3. Тактика ведения больного?
4. Определите рациональный объем оперативного пособия.

5. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме? Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной?

Эталон ответа:

1. ЯБЖ, желудочное кровотечение, кровопотеря II степени.
2. Форест IIБ (состоявшееся кровотечение, крупный сосуд в язве, умеренное количество кофейной гущи в желудке).
3. Восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, антациды, зонд в желудок, очистительная клизма, поддерживающая терапия, подготовка к операции.
4. Резекция 2/3 желудка.
5. Да, 5мл эр-массы/кг. Можно до 500мл I (0) Rh-.

Задача № 12.

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 крупноузлового 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 при пальпации. Печень - по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общий 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, общий белок - 62 г/л (альбумин - 55%, глобулины - 45%).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
4. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
5. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
6. Возможные методы оперативного пособия.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени (I).
2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, aflatoxin, промышленные яды).
3. Нет.
4. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
5. Зонд Блекмора, питунитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.

6. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

Задача № 13.

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 эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии 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, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. Тактика ведения больного?
3. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
4. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
5. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?

Эталон ответа:

1. ЯБДПК. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Гастрогенная тетания средней степени тяжести.
2. Готовят к операции (- эвакуация содержимого, промывание желудка со стрихнином, коррекция всяких нарушений, парентеральное питание, п/язвенная терапия, церукал).
3. Около 1 недели.
4. Альбумин, 5% глюкоза + 4Ед инсулина, + KCL после восстановления диуреза, кристаллоидные и полиглюкин.
5. Степенью стеноза.

Задача № 14.

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 эпигастриальной 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 ($14 \times 10^9/\text{л}$).

ВОПРОСЫ:

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. Перечислите осложнения острого аппендицита.

Эталон ответа:

1. Удаление аппендикса, удаление экссудата, санация брюшной полости, дренирование ложа от-
ростка. Ушивание раны.
2. Перфоративная язва, почечная колика, острый холецистит, острый панкреатит.
3. Кохера, Мак – Бурнея, Щеткина, Воскресенского, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бар-
томье – Михельсона, Образцова.
4. Неясность диагноза.
5. Антеградная, ретроградная, лигатурный, кисетный, лапароскопический.
6. Аппендикулярный инфильтрат, перитонит (местный, диффузный, разлитой), флегмона забрю-
шинной клетчатки, нагноение раны.

Задача № 15.

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного сред-
ней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Тем-
пература нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней поло-
вине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В
брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овои-
дной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушива-
ются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются мно-
жественные чаши Клойбера, профили тонкой кишки содержат газ.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

Эталон ответа:

1. Острая высокая механическая непроходимость кишечника.
2. Исключить другие виды непроходимости.
3. Механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная (инвагинация). Динамическая:
паралитическая, спастическая. Врожденная, приобретенная. Высокая, низкая. Острая и хрониче-
ская.
4. Оперативное вмешательство.

5. Удаление желудочного содержимого, сифонная клизма, инфузионная терапия, АБ. Не более 2 часов. Хирургическое лечение в зависимости от вида непроходимости (рассечение спаек, резекция кишки и т.д.).

Задача № 16.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

ВОПРОСЫ:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования вы наметите?
3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?
4. Современные методы лечения данной патологии?

Эталон ответа:

1. Плоскоклеточный рак легкого III стадии на основании гистологического исследования. Дифференцировать от заболеваний: туберкулез, бронхит, пневмония.
2. Обзорная рентгенография в 2-х проекциях, КТ грудной клетки, трахеобронхоскопия с биопсией, общий анализ крови, туберкулиновые пробы, УЗИ органов брюшной полости, лимфатических узлов шеи.
3. Рак нижнедолевого бронха, возможны метастазы.
4. Радикальный - операция (лобэктомия, пневмонэктомия); комбинированный (операция и лучевая дистанционная гамма-терапия); химиотерапия; комплексный (удаление первичного очага и химиотерапия) либо паллиативный.

Задача № 17.

Больной А. 76 лет, поступил в клинику через 4 суток с момента заболевания с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, которое самостоятельно не исчезало. Образование болезненное. Из анамнеза установлено, что пациент является грыженосителем в течение 20 лет. Все это время грыжевое выпячивание как появлялось, так самостоятельно и исчезало. Однако 4 дня назад грыжевое выпячивание появилось и не исчезло до настоящего времени. Объективно: Состояние больного средней тяжести. Пульс 92 удара в 1 минуту, ритмичный. АД - 150 и 90 мм.рт.ст. Температура тела 38°C. Язык суховат. При осмотре над паховой связкой справа имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое самостоятельно не вправляется в брюшную полость. Кожа над грыжевым выпячиванием гиперемирована и отечна. Живот мягкий и безболезненный. Перистальтика прослушивается. Газы отходят.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Хирургическая тактика.
3. Очередность выполнения этапов операции.

Эталон ответа:

1. Правосторонняя ущемленная паховая грыжа.
2. Экстренная операция по жизненным показаниям. Из-за наличия гнойного процесса (флегмоны) противопоказано выполнение стандартного грыжесечения со стороны грыжевого выпячивания на начальном этапе.
3. Нижнесрединная лапаротомия, резекция кишки, грыжесечение, завершение.

Задача № 18

Больной И. 45 лет доставлен в клинику через 30 мин после травмы с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Обстоятельства травмы: при переходе проезжей части дороги был сбит автомашиной. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 116 в минуту, ритмичный. АД - 100 и 60 мм.рт.ст. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание с правой половины грудной клетки не проводится. На рентгенограммах - перелом 5-7 ребер справа, смещение средостения влево, коллапс правого легкого. При пункции плевральной полости справа во 2-ом межреберье получено до 1800 мл воздуха. Временное улучшение нарушенного дыхания продолжалось 15 минут.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести больному, уточняющие правильность выполненных мероприятий.
3. Тактика хирурга.

Эталон ответа:

1. Тупая травма правой половины грудной клетки. Перелом 5-7 ребер справа. Напряжённый пневмоторакс.
2. Контрольная рентгенография грудной клетки, проба с подводным дренажом, УЗИ плевральных полостей, бронхоскопия.
3. Экстренное дренирование, установка активной аспирации или системы по Бюлау, обезболивание и противошоковая терапия, при неэффективности дренирования – торакотомия.

Задача № 19

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 часа 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 чистый, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области - небольшое напряжение мышц. Анализ мочи: без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови - $10,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл, эритроцитов - $3,1 \cdot 10^6$ в 1 мкл. Гемоглобин - 100 г/л.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.

4. Методы хирургического лечения?

Эталон ответа:

1. Апоплексия яичника.
2. Гемостатическая, инфузионная терапия.
3. УЗИ, лапароскопия, бимануальное исследование.
4. Резекция яичника и его ушивание (можно лапароскопическое).

Задача № 20

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 1 мкл.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

Эталон ответа:

1. Острый аппендицит
2. Пальцевое исследование прямой кишки (болезненность и инфильтрат ее передней стенки), измерение ректальной температуры (ножницы более чем на 1 (воспаление в малом тазу), моча по Нечипоренко, УЗИ почек и мочевого пузыря, хромоцистоскопия.
3. При трудности диф. диагностики.
4. Обязательный + УЗИ брюшной полости, почек, мочевого пузыря, анализ мочи по Нечипоренко.
5. Наблюдение не более 24ч. За этот период либо исключение острого аппендицита, либо аппендэктомия.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Вопросы для зачёта

ПК-5; ПК-6

1. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи в условиях города.
2. Организация экспертизы трудоспособности в подразделениях хирургической службы.
3. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении пациентов.
4. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении коллег.
5. Этика и деонтология врача-хирурга в отношении среднего и младшего медицинского персонала.

6. Принцип наставничества в хирургии.
7. Организация действий медперсонала хирургического стационара при пожаре.
8. Организация действий медперсонала хирургического стационара при угрозе заражения особо опасной инфекцией.
9. Патогенез острой кишечной непроходимости.
10. Патогенез острой кровопотери.
11. Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи.
12. Оперативная хирургия головы и шеи.
13. Клиническая и топографическая анатомия груди.
14. Оперативная хирургия груди.
15. Клиническая и топографическая анатомия живота.
16. Оперативная хирургия живота.
17. Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности.
18. Оперативная хирургия таза и промежности.
19. Клиническая и топографическая анатомия конечностей.
20. Оперативная хирургия конечностей.
21. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов груди.
22. Лучевые методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, забрюшинного пространства и таза.
23. Инструментальные методы диагностики заболеваний и повреждений органов живота, забрюшинного пространства и таза.
24. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма.
25. Интенсивная терапия при шоке.
26. Механизм лечебного действия, показания и противопоказания к переливанию различных трансфузионных сред.
27. ДВС-синдром. Фазы, патогенез, клиника, принципы лечения.
28. Доброкачественные опухоли молочной железы, клиника, диагностика, методы лечения.
29. Нагноительные заболевания легких и плевры.
30. Спонтанный пневмоторакс.
31. Злокачественные опухоли пищевода и кардии.
32. Дивертикулы пищевода.
33. Открытые и закрытые повреждения грудной клетки.
34. Гемоторакс. Виды пневмотораксов.
35. Язвенная болезнь желудка и ДПК.
36. Полипы желудка.
37. Рак желудка.
38. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишок.
39. Опухоли тонкой кишки.
40. Опухоли и кисты брыжейки.
41. Острая кишечная непроходимость.
42. Спаечная болезнь брюшной полости.
43. Острый и хронический аппендицит.
44. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки.
45. Наружные кишечные свищи.
46. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
47. Функциональное состояние печени при хирургической патологии.
48. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени.
49. Непаразитарные кисты печени.
50. Паразитарные заболевания, абсцессы печени.
51. Циррозы печени и портальная гипертензия.
52. Механическая желтуха.

53. Острый холецистит.
54. Хронический калькулезный холецистит.
55. Рак желчного пузыря и желчных протоков.
56. Рак БДС.
57. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.
58. Заболевания поджелудочной железы.
59. Острый панкреатит.
60. Хронический панкреатит.
61. Опухоли поджелудочной железы.
62. Кисты поджелудочной железы.
63. Общее учение о грыжах.
64. Паховые грыжи. Бедренные грыжи.
65. Пупочная грыжа. Послеоперационные грыжи.
66. Диафрагмальные грыжи. Редкие виды грыж.
67. Общие сведения о травме живота. Сочетанная травма.
68. Травма полых и паренхиматозных органов живота.
69. Диффузный и узловой зоб.
70. Рак щитовидной железы.
71. Хирургическое лечение гиперпаратиреоза, инсулиномы и ulcerогенной аденомы.
72. Опухоли мозгового и коркового слоя надпочечников.
73. Флебит, тромбофлебит вен нижних конечностей.
74. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
75. Острые нарушения мезентериального кровообращения.
76. ТЭЛА.
77. Острый пиелонефрит, почечная колика.
78. Острая задержка мочи. Повреждения почек и мочевых путей.
79. Внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут и разрыв кисты яичника, острый аднексит, пельвиоперитонит.
80. Современное представление о возникновении злокачественного опухолевого роста. Основные принципы диагностики онкологических заболеваний.
81. Основные принципы лечения онкологических заболеваний.
82. Черепно-мозговая и спинальная травма.
83. Переломы костей таза. Множественные и сочетанные повреждения костей таза.
84. Травма конечностей. Заболевания опорно-двигательного аппарата.
85. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса.
86. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции.
87. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний.
88. Фурункул, карбункул, рожистое воспаление, флегмона, абсцесс.
89. Флегмоны таза.
90. Панариций. Флегмона кисти.
91. Острый остеомиелит.
92. Хронический остеомиелит.
93. Острый лактационный мастит.
94. Терминология и классификация, этиология и патогенез. Клиническая картина, осложнения сепсиса.
95. Септический шок. Принципы лечения.
96. Клостридиальная инфекция, столбняк. Бешенство, актиномикоз.
97. Анаэробная неклостридиальная инфекция.
98. Особенности течения хирургической инфекции при сахарном диабете. Диабетическая стопа.
99. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости.

100. Антибиотики в хирургии.
101. Антибактериальные средства других классов. Принципы сочетанной антибактериальной терапии.
102. Острый парапроктит, свищи прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход.
103. Геморрой.
104. Рак прямой кишки.
105. Рак ободочной кишки.
106. Осложнения и хирургическое лечение дивертикулеза толстой кишки.

3.2.2. Тестовые задания

ПК-5

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'y) А. Возраст больного старше 55 лет. Б. Лейкоцитоз более 16×10^9 /л. В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л. Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л. Д. Все указанное	Д
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Ранними осложнениями острого панкреатита являются А. Шоковое легкое Б. Острая почечная недостаточность В. Гиперкалиемия Г. Гипокальциемия Д. Все перечисленное	Д
3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Назовите критерии тяжести течения и прогноза при остром панкреатите при поступлении (по Ronson'y) А. Возраст больного старше 55 лет. Б. Лейкоцитоз более 16×10^9 /л. В. Гипергликемия выше 11 ммоль/л. Г. Активность ЛДГ_{общ} более 3,5 мкмоль/л и увеличение АсАТ более 0,6 мкмоль/л. Д. Все указанное	Д

4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какие факторы риска наиболее вероятны при карциноме поджелудочной железы А. Злоупотребление алкоголем Б. Курение В. Сахарный диабет Г. Ишемическая болезнь сердца	Б
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При каком виде кишечной непроходимости быстро развивается некроз кишки? А. Обтурация просвета подвздошной кишки опухолью Б. Заворот кишки В. Обтурация просвета кишки желчным камнем Г. Узлообразование Д. Ущемление кишки в грыжевых воротах	Г
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: 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	В
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какие патофизиологические нарушения возникают при острой кишечной непроходимости А. Нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке Б. Уменьшение объема циркулирующей крови В. Развитие тканевой гипоксии Г. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы Д. Все перечисленное	Д
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена А. Интоксикацией Б. Потерями жидкости и электролитов	Д

	В. Выключением из циркуляции значительных объемов плазмы Г. Выключением из циркуляции значительных объемов красной крови Д. Всем перечисленным	
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны А. "Шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу Б. Четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота В. Наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании Г. "Пустая" илеоцекальная область Д. Дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку	Б
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какие признаки нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости А. Потеря тонуса кишкой и отсутствие перистальтики Б. Цианоз кишки В. Тусклость брюшинного покрова Г. Отсутствие пульсации сосудов брыжейки Д. Все перечисленное	Д
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Убедительные данные, отвергающие странгуляционную тонкокишечную непроходимость включают: А. Отсутствие лихорадки и лейкоцитоза Б. Нормальная картина при обзорной рентгенографии брюшной полости В. Отсутствие признаков перитонита Г. Все из вышеперечисленного Д. Ничего из вышеперечисленного	Д
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больная 40 лет поступила через 5 часов от начала заболевания с жалобами на очень сильные боли в правой половине живота, рвоту, частый скудный стул с примесью крови. Страдает ревматизмом, недостаточностью митрального клапана.	В

	Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. Губы синюшные. Пульс 104 уд. в мин., аритмичный (мерцательная аритмия). Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в правой половине. Справа от пупка пальпируется нечетко колбасовидное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо выражен. В клиническом анализе крови: Эр. $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, п/я 7, с/я 63, э-1, лимф 20, м 9, СОЭ 10 мм/ч. Варианты диагноза: А. Кишечное кровотечение Б. Кишечная непроходимость В. Тромбоз мезентериальных сосудов Г. Острый аппендицит Д. Инвагинация	
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: С чего следует начинать комплекс лечебных мероприятий при высокой тонкокишечной непроходимости А. С хирургического вмешательства Б. С инфузионной терапии В. С введения назогастрального зонда Г. С антибиотикотерапии Д. С применения препаратов антихолинэстеразного действия	В
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какие из перечисленных опухолей тонкой кишки потенциально злокачественны? А. Аденоматозные полипы Б. Гамартомные полипы В. Ювенильные (ретенционные) полипы Г. Лейомиомы Д. Фибромы	А
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Выберите наиболее часто встречающуюся злокачественную опухоль тонкой кишки: А. Аденома Б. Аденокарцинома В. Карциноидная опухоль Г. Лимфома Д. Лейомиома	Б

16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Желудочно-кишечные свищи возникают в результате: А. Послеоперационных осложнений Б. Проникающей травмы брюшной полости В. Врожденной аномалии Г. Воспаления Д. Злокачественных новообразований	Д
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: После операции по поводу язвы антрального отдела желудка у пациента сформировался наружный кишечный свищ, по которому отделяется 300мл кишечного содержимого. Дальнейшая тактика включает? А. Контрастную рентгенографию кишечника Б. Срочное хирургическое закрытие свища В. Защиту кожи Г. Питание с повышенным содержанием жидкости и питательных веществ Д. Наложение питательной энтеростомы	Г
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какое заболевание чаще осложняется кишечными свищами: А. Болезнь Крона Б. Язвенный колит В. Оба Г. Ни одно Д. Дизентерия	А
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: В настоящее время основным методом профилактики и лечения кожных изменений вокруг свища является: А. Механический Б. Физический В. Биохимический Г. Открытый Д. Все методы одинаково эффективны	В
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Противопоказанием к внебрюшинному закрытию кишечного свища является: А. Сужение отводящей кишечной петли Б. Выраженная мацерация кожи вокруг свища В. Большая величина свищевого отверстия	Д

	Г. Ничто из перечисленного Д. Все перечисленное	
21	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Выбор срока и метода оперативного лечения кишечных свищей определяется: А. Локализацией свищевого отверстия Б. Видом и размерами свища В. Состоянием кожных покровов вокруг свищевого хода Г. Общим состоянием больного Д. Подход строго индивидуален с учетом всех перечисленных факторов	Д
22	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Малигнизированные аденоматозные полипы и малигнизированные ворсинчатые опухоли классифицируются как А. 2 стадия А. Б. 3 стадия А. В. По стадиям в зависимости от глубины инвазии. Г. по стадиям в зависимости от величины опухоли. Д. Все неверно	В
23	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Регионарными лимфатическими узлами для ободочной кишки являются А. Периколярные. Б. Расположенные вдоль подвздошной, правой толстокишечной, левой толстокишечной, нижней мезентериальной артерий. В. Парааортальные. Г. Забрюшинные Д. Другие внутрибрюшные лимфатические узлы, расположенные ниже диафрагмы.	Б
24	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Частота заболевания раком увеличивается при: А. Болезни Крона Б. Язвенном колите В. Оба ответа верны Г. Ни один ответ не верен	В
25	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Для инициации терапии используют кортикостероиды при: А. Болезни Крона	В

	Б. Язвенном колите В. А и Б Г. Ни один ответ не верен	
26	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мужчина 55 лет жалуется на выделение крови из прямой кишки: потерю веса: слизь в стуле. При ирригоскопии - стенозирующее образование ректосигмоидного отдела. Диагноз: А. Аденома Б. Дивертикулит В. Рак сигмовидной кишки Г. Язвенная стриктура Д. Грануломатозный колит	В
27	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У больного 60 лет диагностирован рак средней трети сигмовидной кишки. Явлений кишечной непроходимости нет. Во время операции, выполняемой в плановом порядке, обнаружены увеличенные плотные лимфоузлы лишь возле ствола нижней брыжеечной артерии. Онкологически оправданным объемом радикальной операции будет А. Резекция сигмовидной кишки с регионарной лимфаденэктомией Б. Внутривентральная резекция сигмо-ректального отдела В. Левосторонняя гемиколэктомия Г. Левосторонняя полная гемиколэктомия Д. Субтотальная колэктомия	В
28	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: У больной 65 лет, до этого считавшей себя здоровой, в течение двух суток нарастают схваткообразные боли в животе, дважды была рвота застойным желудочным содержимым. На обзорной рентгенограмме живота - множественные «чаши» Клойбера. При экстренной лапаротомии обнаружены раздутые и заполненные жидкостью петли тонкой кишки и выявлена опухоль, обтурирующая просвет восходящей ободочной кишки вблизи печеночного изгиба без отдаленных метастазов. Наиболее адекватным объемом оперативного вмешательства будет А. Цекостомия. Б. Илеотрансверзоанастомоз с энтеро-энтероанастомозом. В. Илеотрансверзоанастомоз, дополненный цекостомой. Г. Правосторонняя гемиколэктомия. Д. Правосторонняя гемиколэктомия с назоинтестинальным дренированием зондом Эббота-Мюллера.	Г

29	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больная 65 лет поступила через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе ноющего характера, периодически схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула, газов. Последние 6 месяцев страдает запорами. Похудела на 9 кг. Оперирована с диагнозом: Обтурационная кишечная непроходимость. Во время операции обнаружена стенозирующая опухоль средней трети удлинненной сигмовидной кишки. Ободочная кишка выше препятствия резко раздута, содержит жидкость. Каков объем оперативного вмешательства: А. Резекция сигмовидной кишки с внутрибрюшным анастомозом Б. Операция Гартмана В. Наложение двухствольного ануса выше препятствия Г. Формирование цекостомы	Б
----	--	---

ПК-6

Тестовые задания с выбором одного правильного варианта ответа:

№ п/п	Содержание оценочного средства	Ключ правильного ответа
1	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Во время лапаротомии у больного обнаружили рак ободочной кишки, не приводящий к обтурации ее просвета и не вызывающий кишечную непроходимость. Оптимальный вариант операции? А. Биопсия опухли и ушивание брюшной полости. Б. Ушивание брюшной полости В. Резекция ободочной кишки Г. Наложение колостомы Д. Операция типа Гартмана	В
2	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При каком из следующих заболеваний существует высокий риск возникновения рака толстой кишки? А. Свищ ободочной кишки Б. Свищ прямой кишки В. Хронический язвенный колит Г. Хронический дивертикулит Д. Синдром Пейтца	В

3	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Женщина 26 лет поступает с жалобами на жидкий стул с кровью в течение 6 месяцев, снижение массы тела и спастические боли в животе. Первым шагом в установлении диагноза будет? А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ Б. Биопсия слизистой тонкой кишки В. Ангиография мезентериальных артерий Г. Ирригоскопия Д. Компьютерная томография	Г
4	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Выберите наиболее подходящий метод лечения больного с первым приступом неосложненного острого дивертикулита ободочной кишки. А. Наложение трансверзостомы Б. Первичная резекция ободочной кишки В. Парентеральное введение антибиотиков Г. Резекция ободочной кишки по Микуличу Д. Назначение лечебных клизм	В
5	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При наложении колостомы по экстренным показаниям ее открывают? А. Во время операции сразу после выведения на брюшную стенку. Б. После наложения кожных швов на лапаротомную рану В. В первые сутки после операции Г. Через 24 часа Д. Через 48 часов	А
6	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: При выполнении плановой экстирпации прямой кишки выведенный на брюшную стенку противоестественный задний проход открывают: А. во время операции Б. на следующие сутки после операции В. через 48 часов после операции Г. не ранее 3-их суток после операции Д. все ответы неверны	В
7	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	Г

	Диагноз: рак сигмовидной кишки? Оптимальный вариант подготовки к операции: А. Колостомия проксимальнее опухоли Б. Механическая очистка В. Системная АБ терапия Г. Механическая очистка и перорально невсасывающиеся АБ Д. АБ перорально и системно	
8	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Повышение в крови уровня карциноэмбрионического антигена: А. Рак толстой кишки Б. Рак поджелудочной железы В. Оба Г. Ни один	В
9	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Повышение содержания в крови альфа-фетопротеина: А. Рак толстой кишки Б. Рак поджелудочной железы В. Оба Г. Ни один	Г
10	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Повышение содержания в крови карциноэмбрионального антигена соответствует (пропорционально) распространенности заболевания: А. Рак толстой кишки Б. Рак поджелудочной железы В. Оба Г. Ни один	В
11	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какое из ниже перечисленных заболеваний толстой кишки наиболее часто заканчивается малигнизацией? А. Ворсинчатая аденома Б. Гамартома (пролонобластома) В. Аденоматозный полип Г. Болезнь Крона Д. Ювенильные полипы	А
12	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Наиболее типичное серьезное осложнение одноствольной коло-стомы А. Кровотечение	В

	Б. Разрывы кожи В. Грыжи брюшной стенки в области стомы Г. Перфорация толстой кишки во время ее механической очистки Д. Пропалс кишки	
13	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Выберите неверное утверждение о мальротации кишечника: А. наиболее частое осложнение - заворот кишечника и обструкция 12п.к. Б. Этот диагноз, устанавливаемый методом исключения всех других причин непроходимости В. Типичный симптом- рвота с примесью желчи Г. На рентгенограмме брюшной полости часто выявляют "двойной газовый пузырь" Д. Типичный симптом - "каловая рвота"	Д
14	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: 20-летняя женщина жалуется на боль внизу живота, больше справа, тошноту, слабость, головокружение, возникшие после физической нагрузки за 6 часов до обращения. Объективно: умеренная болезненность внизу живота, симптомы раздражения брюшины сомнительны, АД 95/65, пульс - 100 уд. в мин. Тактика ведения больной? А. Направить на амбулаторное лечение к хирургу Б. Госпитализировать в хирургическое отделение для наблюдения В. Направить на консультацию к гинекологу Г. Госпитализация и диагностическая лапароскопия Д. Направить на лечение у терапевта	Г
15	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, брюшная стенка напряжена, отсутствует перистальтика. С чем связан патогенез этого заболевания? А. Перфорация полого органа Б. Непроходимость кишечника В. Кровотечение в брюшную полость Г. Ишемия кишечника Д. Воспаление кишки	А
16	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мужчина 31 года поступает в стационар с внезапно возникшей болью в эпигастрии. На рентгенограмме свободный газ в брюшной полости. Выберите тактику ведения больного.	Д

	А. Эндоскопия верхних отделов ЖКТ Б. Рентгеноконтрастное исследование В. Динамическое наблюдение Г. Пневмогастрография Д. Лапаротомия	
17	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Женщина 45 лет, в прошлом перенесшая экстирпацию матки, поступает с болями в животе и рвотой. При обзорной рентгенографии выявлены признаки тонкокишечной непроходимости. Наиболее вероятная причина обструкции. А. Карцинома толстой кишки Б. Рак тонкой кишки В. Спаечная болезнь Г. Ущемленная паховая грыжа Д. Дивертикулит	В
18	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Причины вызывающие кишечную непроходимость? А. Врожденная патология Б. Воспалительные заболевания В. Внекишечные факторы Г. Радиационные поражения Д. Глистная инвазия	Д
19	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больной 66 лет поступил через 4 часа от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, больше выраженные в правом подреберье, вздутие живота, отрыжку воздухом. Тошноты, рвоты не было. В анамнезе хронический холецистит, гастрит, перидуоденит. Тогда же обнаружен пульсионный дивертикул 12-перстной кишки. Состояние удовлетворительное. Живот слегка вздут, напряжен, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и желчный пузырь не пальпируются. В клиническом анализе крови лейкоцитов 13700, п/я 11, с/я 68, лимф. 14, мон. 7%. На следующий день появилась желтушность кожи, склер. При рентгенологическом исследовании в нисходящем отделе 12-перстной кишки по внутреннему контуру определяется выпячивание размерами 2х2 см с замедленной эвакуацией, резко болезненное. ФГДС - без патологии. При в/в холангиографии контрастирование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков не получено. При УЗИ брюшной полости: признаки хронического холецистита. Наиболее вероятный диагноз: А. Рецидивирующий холецистит	Б

	Б. Дивертикул 12-перстной кишки, дивертикулит В. Гастродуоденит, обострение Г. Подпеченочный абсцесс Д. Холедохолитиаз	
20	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больная 60 лет поступила через 10 часов от начала заболевания с жалобами на сильные боли в верхней половине живота, больше справа, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты, сухие. Пульс 100 уд. В мин., ритмичный. АД 140/60 мм рт.ст. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины неотчетливы. Перистальтика кишечника вялая. Желчный пузырь не пальпируется. При ректальном исследовании ампула не расширена, пустая. При обзорной рентгенографии брюшной полости единичные мелкие горизонтальные уровни, газ в толстой кишке. Наиболее вероятный диагноз: А. Острый панкреатит Б. Тромбоз мезентериальных сосудов В. Острый холецистит Г. Острая кишечная непроходимость Д. Инвагинация	Б
21	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мужчина 26 лет поступил через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на общую слабость, головокружение, полуоформленный стул черного цвета. 2 дня назад была однократная рвота типа «кофейной гущи». Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки 10 лет. 2 недели назад очередное обострение. Состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледноваты. Пульс 108 уд. в мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. При срочной ФГДС обнаружена хроническая язва на передней стенке 12-перстной кишки диаметром 0,8 см. Дно язвы закрывает тромб. Кровотечение остановилось. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, гематокрит 32%, эритроциты $2,7 \times 10^{12}/л$. Выбрать наиболее рациональную инфузионную терапию для предоперационной подготовки: А. Эритроцитарная масса, консервированная кровь Б. Полиглюкин, желатиноль В. Реополиглюкин Г. Полиионные растворы Д. Противоязвенная терапия	А

22	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Мужчина 62 лет поступил по экстренным показаниям с жалобами на боли в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, горечь во рту. Болен 5 дней. Состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Склеры субиктеричны. Пульс 84 уд. в мин. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Ан. крови: Э 4,2 x 10¹²/л, Лейкоциты 9,6 x 10⁹/л, Б 0, Э 1, п/я 6, с/я 56, лимф. 28, м 9, СОЭ 12 мм/час. Диагноз: Острый панкреатит с легкой степенью интоксикации. Укажите рациональный вариант антибактериальной терапии. А. Антибиотики Б. Метронидазол В. Сульфаниламиды Г. Антибактериальная терапия не требуется	Г
23	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Лечение ущемленной врожденной паховой грыжи включает: А. Срочное оперативное вмешательство Б. Неинвазивное вправление грыжи с дальнейшим исследованием водно-солевого обмена больного В. Динамическое наблюдение после вправления грыжи до достижения оптимального для проведения операции возраста ребенком Г. Наблюдение в динамике после вправления до зарастания влагалищного отростка брюшины Д. Хирургическая операция на тонкой кишке как у мальчиков, так и у девочек	А
24	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: 25-летний больной поступает через 20 минут после автоаварии с жалобами на боль в животе, слабость, тошноту, головокружение. Кожные покровы бледные, пульс - 130 уд. в мин., АД-60/20 мм.рт.ст. В левом подреберье - подкожная гематома. Признаки черепномозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон. Неотложные мероприятия: А. Диагностическая лапароскопия. Б. Немедленно выполнить лапаротомию В. Консультация терапевта Г. Рентгенография органов брюшной полости Д. Начать инфузионную терапию	Б
25	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	А

	Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые распространились на правую половину живота и правую подвздошную область, была однократная рвота. Объективно: Живот в акте дыхания не участвует, резко болезненный, напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу, перистальтика вялая. Какое исследование следует выполнить в первую очередь для уточнения диагноза? А. обзорная рентгенография брюшной полости Б. ФГДС В. Узи брюшной полости Г. Пассаж бария Д. Ирригоскопия	
26	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Кровавый понос может наблюдаться в любом из перечисленных случаев, кроме: А. Язвенный колит Б. Терминальный илеит В. Дизентерия Г. Острая порфирия Д. Правильного ответа нет	Г
27	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Больной 36 лет поступил с жалобами на резкие боли в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева. Накануне вечером употребил алкоголь. Была однократная рвота съеденной пищей и желчью. В течение последних 3 лет подобные боли отмечал неоднократно. При осмотре состояние средней тяжести, ЧД- 24 в мин, пульс 114 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье. симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу. О каком заболевании надо думать в первую очередь?	
28	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: А. Острый гастрит Б. Язвенная болезнь В. Перфоративная язва Г. Острый панкреатит Д. Острый холецистит	Г
29	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа:	А

	Назовите три наиболее частые причины острого живота в убывающем порядке А. Острый аппендицит - острая кишечная непроходимость - перфорация полого органа Б. Острый аппендицит - желудочно-кишечное кровотечение - острая кишечная непроходимость В. Перфорация полого органа - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость Г. Желудочно-кишечное кровотечение - острый аппендицит - острая кишечная непроходимость	
30	Прочитайте текст и выберите один правильный вариант ответа: Какова лечебная тактика при наличии у больного острого деструктивного панкреатита и появлении признаков разлитого перитонита? А. Экстренная лапароскопия Б. Экстренная лапаротомия В. Интенсивная детоксикационная, антибактериальная и противошоковая терапия Г. Срочное оперативное лечение после кратковременной (в течение 2-4 часов) предоперационной подготовки. Д. Интенсивная детоксикационная и антибактериальная терапия, при ее неэффективности - оперативное лечение	Г

3.2.3. Ситуационные задачи

ПК-5; ПК-6

Вводное задание:

Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Варианты ответов:

- А. Заворот сигмовидной кишки
- Б. Подпеченочный абсцесс.
- В. Острый аппендицит
- Г. Тазовый абсцесс.
- Д. Поддиафрагмальный абсцесс
- Е. Аппендикулярный инфильтрат

Задача №1

24-летняя женщина жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью 4 часа. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область. t - 37,8° С.

Эталон ответа: В

Задача №1

Мужчина 66 лет обратился с жалобами на внезапное возникновение сильных болей в левой подвздошной области, признаки кишечного дискомфорта, затруднение отхождения газов. При пальпации в левой подвздошной области болезненность и ригидность мышц.

Эталон ответа: А

Задача №2

У больного 40 лет на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита повысилась температура, был озноб, развился парез кишечника, появились боли в правой половине живота, появилась иктеричность склер. При пальпации: болезненность в правом подреберье, там же локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомов раздражения брюшины не отмечено.

Эталон ответа: Б

Задача №3

Больная 59 лет поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную температуру. Больна в течении 4 дней, лечилась дома принимала анальгетики и антибиотики. При осмотре состояние удовлетворительное, в правой подвздошной области пальпируется образование 12х8 см с четкими границами, неподвижное, болезненное. В крови лейкоцитоз $11 \times 10^9/\text{л}$.

Эталон ответа: Е

Задача №4

Больной 34 лет оперирован по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита. На 7 сутки появился озноб, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное мочеиспускание, При ректальном исследовании выявлено болезненное выбухание передней стенки прямой кишки.

Эталон ответа: Г

Задача №5

Больная 73 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, гнойного перитонита. На 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, озноб. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. при рентгеноскопии грудной клетки отмечено высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности, увеличение тени печени. в крови лейкоцитоз - $19 \times 10^9/\text{л}$.

Эталон ответа: Д

Вводное задание:

Какой диагноз можно предположить у каждого из больных поступивших с диагнозом "острый живот".

Варианты ответов:

- А. Острый аппендицит
- Б. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки.
- В. Острый холецистит
- Г. Острый панкреатит.

- Д. Ущемленная паховая грыжа
- Е. Тромбоз мезентериальных сосудов

Задача №6

Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

Эталон ответа: Б

Задача №7

Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.

Эталон ответа: Б

Задача №8

Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.

Эталон ответа: В

Задача №9

Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.

Эталон ответа: А

Задача №10

Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.

Эталон ответа: Г

Задача №11

Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних

конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена. При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.

Эталон ответа: Е

Задача №12

Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Эталон ответа: В

Задача №13

Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Эталон ответа: Д

Вводное задание:

Кому из описанных ниже больных показано экстренное оперативное вмешательство?

Задача №14

Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

Эталон ответа: Показано

Задача №15

Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.

Эталон ответа: Показано

Задача №16

Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.

Эталон ответа: Не показано

Задача №17

Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.

Эталон ответа: Показано

Задача №18

Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.

Эталон ответа: Не показано

Задача №19

Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогах местах - притупление, перистальтика резко ослаблена, При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.

Эталон ответа: Показано

Задача №20

Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Эталон ответа: Показано

Задача №21

Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Эталон ответа: Показано

Вводное задание:

Кому из описанных больных следует начинать лечение с консервативной терапии?

Задача №22

Больной 46 лет поступил через 17 часов после возникновения острой боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести, ноги подтянуты к животу. кожные покровы покрыты холодным липким потом. Пульс 78 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст.. язык сухой, живот втянут, доскообразно напряжен, симптом Щеткина-Блюмберга положителен по всему животу.

Эталон ответа: Не следует

Задача №23

Больной 32 лет поступил с жалобами на резкие боли по всему животу. Заболел остро 2 часа назад, когда появились острые боли в эпигастрии. Состояние тяжелое, положение вынужденное с приведенными к животу ногами, кожные покровы бледные, пульс 100 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот доскообразно напряжен, резко болезненный во всех отделах. Перкуторно притупление в отлогих местах, печеночная тупость отсутствует.

Эталон ответа: Не следует

Задача №24

Больная 53 лет поступила с жалобами на сильную боль в правом подреберье, многократную рвоту. Заболела 10 часов назад. Состояние средней тяжести, живот болезненный в правом подреберье, определяются положительные симптомы Ортнера и Мерфи.

Эталон ответа: Следует

Задача №25

Больной 25 лет поступил через 6 часов после появления острых болей в эпигастрии, которые постепенно распространились в правую половину живота и правую подвздошную область. Была однократная рвота. Живот в акте дыхания участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, там же определяется напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика отчетливая.

Эталон ответа: Не следует

Задача №26

Больной 34 лет поступил на следующие сутки после употребления алкоголя с резкими болями в эпигастрии и левом подреберье, иррадиирующие в спину и поясничную область слева, была многократная рвота съеденной пищей и желчью. Состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. при пальпации болезненность и ригидность мышц в эпигастрии и левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга положителен в верхней половине живота, перистальтика кишечника вялая.

Эталон ответа: Следует

Задача №27

Больная 66 лет поступила с разлитыми болями по всему животу. Накануне вечером ощутила резкие схваткообразные боли в животе, тошноту, была однократная рвота желудочным содержимым и жидкий стул. В анамнезе 2 инфаркта миокарда за последние 1,5 года, тромбоз вен нижних конечностей. состояние тяжелое, заторможена, цианоз. Одышка 28 в мин. Отрыжка с каловым запахом, пульс 120 в мин. АД 100/60 ммрт.ст. Живот вздут, умеренно напряжен, болезненный во

всех отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно - тимпанит, в отлогих местах - притупление, перистальтика резко ослаблена. При ректальном исследовании на перчатке темная кровь.

Эталон ответа: Не следует

Задача №28

Больная 73 лет поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие под лопатку и надключичную область, тошноту, которые возникли после приема жирной пищи. Была многократная рвота. Состояние средней тяжести. язык сухой, пульс 110 в мин, живот резко болезненный справа, там же выраженное местное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Эталон ответа: Не следует

Задача №29

Больной 62 лет поступил с болями в правой паховой области, которые появились после подъема тяжести. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется выпячивание, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость.

Эталон ответа: Не следует

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);

2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);

3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания) (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не мешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на

задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),

- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут)