



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ингушский государственный университет»  
Медицинский институт

**СОГЛАСОВАНО**

Руководитель образовательной программы

\_\_\_\_\_ / к.м.н., профессор Ахриева Х.М.

от «22» мая 2024г.

**УТВЕРЖДАЮ**

И.о. директора медицинского института

\_\_\_\_\_ / Ахриева Х.М.

от «23» мая 2024г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

**Б2.В.01(П) ПРАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Блок 2**

**Обязательная часть**

**Направление специальности (специалитет)**

**31.05.01. Лечебное дело**

**Направленность (профиль подготовки)**

**Лечебное дело**

**Квалификация выпускника**

**Врач лечебник**

**Форма обучения**

**Очная**

**Магас, 2024г.**



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет»  
Фонд Оценочных Средств

ФОС составила:

**1. Кодзоева Тамара Ильясовна** доцент, к.м.н.  
(Ф.И.О., должность)

Программа одобрена на заседании кафедры «Госпитальная хирургия»

Протокол № 9 от «06» мая 2024 года

Программа одобрена Учебно-методическим советом медицинского института

Протокол № 8 от «22» мая 2024 года

## **1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

В процессе освоения образовательной программы компетенции формируются по следующим этапам:

- 1) начальный этап дает общее представление о виде деятельности, основных закономерностях функционирования объектов профессиональной деятельности, методов и алгоритмов решения практических задач;
- 2) основной этап позволяет решать типовые задачи, принимать профессиональные и управленческие решения по известным алгоритмам, правилам и методикам;
- 3) завершающий этап предполагает готовность решать практические задачи повышенной сложности, нетиповые задачи, принимать профессиональные и управленческие решения в условиях неполной определенности, при недостаточном документальном, нормативном и методическом обеспечении.

### **Универсальные компетенции и индикаторы их достижения**

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты образования
---	--	--	------------------------

<p>Системное и критическое мышление</p>	<p>УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий</p>	<p>ИД-1 <i>УК 1. Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения поставленной задачи (проблемной ситуации);</i>  ИД-2 <i>УК 1. Рассматривает и предлагает возможные варианты системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки;</i>  ИД-3 <i>УК 1. Формирует собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных;</i>  ИД-4 <i>УК 1. Определяет и оценивает риски (последствия) возможных решений поставленной задачи.</i>  ИД-5 <i>УК 1. Принимает стратегическое решение проблемных ситуаций.</i></p>	<p>Знать: источники получения информации с хирургических заболеваниях, методику поиска информации (данных) у хирургических больных, возможные подходы к решению клинической задачи, правила постановки предварительного диагноза при хирургических заболеваниях; методику лабораторного и инструментального обследования при хирургической патологии; методику дифференциального диагноза при хирургических заболеваниях; методику постановки окончательного диагноза при хирургических заболеваниях; подходы к лечению при хирургической патологии</p> <p>Уметь: найти необходимую информацию с хирургических заболеваниях в специальных литературных источниках и интернет- ресурсах; найти и провести анализ информации (данных), полученных у хирургических больных; найти различные варианты решения клинической задачи; сформулировать предварительный диагноз при хирургических заболеваниях; выбрать необходимые методы дополнительного обследования при хирургической патологии; выявить заболевания для дифференциального диагноза; сформулировать окончательный диагноз при</p>
---	---	---	--

			<p>хирургических заболеваниях; выбрать оптимальный вариант лечения при хирургической патологии</p> <p>Владеть: навыками работы с медицинской литературой и базами научной информации; владеть навыками контактной работы с хирургическими больными; навыками критически анализировать полученные данные при решении клинической задачи; поставить предварительный диагноз при хирургических заболеваниях; делает вывод по результатам дополнительного обследования при хирургической патологии; провести дифференциальный диагноз при хирургических заболеваниях; поставить окончательный диагноз при хирургических заболеваниях; рекомендовать оптимальный вариант лечения при хирургической патологии</p>
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	<p><i>ИД-1<sub>УК-3</sub> Проявляет лидерство в планировании и осуществлении профессиональной деятельности, в постановке целей, в побуждении других к достижению поставленных целей.</i></p> <p><i>ИД-2<sub>УК-3</sub> Вырабатывает командную стратегию для выполнения практических задач.</i></p> <p><i>ИД-3<sub>УК-3</sub> Распределяет задания и добивается их исполнения реализуя основные функции управления.</i></p> <p><i>ИД-4<sub>УК-3</sub> Формулирует, аргументирует, отстаивает свое мнение и общие решения, несет личную ответственность за результаты.</i></p> <p><i>ИД-5<sub>УК-3</sub> Умеет разрешать конфликты на основе согласования позиций и учета интересов.</i></p>	<p>Знать: основы врачебной этики и деонтологии</p> <p>Уметь: применять знания общения врач-врач, пациент-врач при работе в отделении с коллегами и пациентами, подготовить в команде сообщения по различным разделам хирургии</p> <p>Владеть: врачебной этикой и деонтологией, выполнить работу с врачами, а также знать особенности пациентов с хирургической патологией для работы в стационаре</p>

<p>Безопасность жизнедеятельности</p>	<p>УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов</p>	<p><i>ИД-3 УК-8 Осуществляет оказание первой помощи пострадавшему</i></p>	<p>Знать: правила оказания первой помощи при острых хирургических заболеваниях и травме живота  Уметь: оказать первую помощь при острых хирургических заболеваниях и травме живота  Владеть: навыками правильно уложить пациента при острой хирургической патологии и травме живота; наложить повязку на рану; остановить наружное кровотечение; выявить признаки остановки дыхания и кровообращения</p>
---------------------------------------	---	---	--

## Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) общепрофессиональной компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты образования
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<i>ИД-1 ОПК-7 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом</i>	<b>Знать:</b> современные клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи при хирургической патологии; лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, которые применяют при хирургической патологии; не медикаментозное лечение, которые применяют при хирургической патологии; ожидаемые результаты применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения в хирургии; варианты паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками при хирургической патологии; особенности оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста при хирургической патологии <b>Уметь:</b> применить знания клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при хирургической патологии в разработке плана лечения пациента; применить знания клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при хирургической патологии при выборе лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания; применить знания клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при хирургической патологии при выборе не медикаментозного лечения; оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения в хирургии; выбрать вариант паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками при хирургической патологии;

		<p><i>стандартов медицинской помощи</i></p> <p><i>ИД-2 ОПК-7 Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</i></p> <p><i>ИД-3 ОПК-7 Применяет немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</i></p> <p><i>ИД-4 ОПК-7 Оценивает эффективность и</i></p>	<p>определить вариант лечения пациентов пожилого и старческого возраста при хирургической патологии</p> <p><b>Владеть:</b> разработать план лечения хирургического заболевания с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи; выбрать и назначить лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, которые применяют при хирургической патологии.</p>
--	--	--	---



		<i>безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</i>	
--	--	--	--

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Профессиональные компетенции, установленные Университетом				
Тип задач профессиональной деятельности: медицинский				
<b>Медицинский</b>	Теоретические и практические основы профессиональной деятельности	ПК-3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	ПК-3.ИД1 - Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПС 02.009 «Врач-лечебник»
			ПК-3.ИД2 – Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПС 02.009 «Врач-лечебник»
			ПК-3.ИД3 - Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания	ПС 02.009 «Врач-лечебник»

			медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	
			ПК-3.ИД4 – Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	ПС 02.009 «Врач-лечебник»
			ПК-3.ИД5 – Оказывает паллиативную медицинскую помощь при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками	ПС 02.009 «Врач-лечебник»
			ПК-3.ИД6 – Организует персонализированное лечение пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения	ПС 02.009 «Врач-лечебник»

## ОБЪЁМ ПРАКТИКИ

Вид работы	Трудоемкость практики	
	Всего	в т. ч. по семестрам
		8 семестр
<b>Общая трудоемкость:</b>		
- в академических часах	<b>72</b>	<b>72</b>
- в зачетных единицах	2	2
- в неделях	<b>1 1/3</b>	<b>1 1/3</b>
- в днях	8 дней	8 дней
<b>Контактные часы</b>	0	0
<b>Самостоятельная работа студента (СРС) (всего), в том числе:</b>	72	72
Контроль	9	9
<b>Вид промежуточной аттестации</b>	<b>зачёт</b>	<b>зачёт</b>

## 4. КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРИ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

### Критерии оценивания устного опроса

отлично	хорошо	удовлетворительно	неудовлетворительно
Всестороннее систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в	Полное знание учебного материала. Основной рекомендуемой литературы. Обучающийся показывает системный характер знаний по	Знание учебного материала в объеме необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендуемой к	Обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы
их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании изложении и использовании учебно-программного материала	дисциплине (модулю) и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	

### Критерии оценивания ситуационной задачи

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно

Наличие правильных ответов на вопросы ситуационной задачи	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий
Полноты и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответах	Большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

### **Критерии оценки результатов тестирования**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 70% до 80% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста

### **Критерии оценивания учебной истории болезни**

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Знание учебно-программного материала	Всестороннее, систематическое, глубокое	Полное знание	Знание в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и профессиональной деятельности	Имеет существенные пробелы
Сбор анамнеза, жалоб	Грамотно и полно	Грамотно	Справляется со сбором	Допускает ошибки
Объективное исследование	Проводит в исчерпывающем объеме	В требуемом объеме, допускает неточности	В объеме, необходимом для выявления типичных признаков изучаемой патологии	Допускает ошибки
Назначение лечения	В соответствии с современным и представления медицинской науки	Назначает лечение	Знаком с принципами лечения	Не способен
Ошибки	Нет	Единичные стилистические,	Множество стилистических	Не грамотное изложение материала

		отступления от последовательности изложения текста, неточности субъективного или объективного исследования, недостаточное умение эффективно использовать данные объективного исследования в постановке диагноза и решении лечебно-диагностических задач	ошибок, отступления от последовательности изложения текста, недостаточно владеет способами объективного исследования пациента и интерпретации результатов дополнительных методов исследования, но обладающий необходимыми знаниями и способностями для их устранения под руководством преподавателя	
--	--	---	---	--

### **Критерии оценки отчёта по практике**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Отчёт оформлен согласно требованиям, заполнен аккуратно,	Отчёт оформлен согласно требованиям, имеются некоторые замечания по оформлению (некоторая неаккуратность,	Оформление отчётной документации небрежное, неполное, не	Отчёт не оформлен. Отзыв заведующего отделением отрицательный.
полностью отражает количественные показатели работы студента. Практические навыки освоены в полном объёме. Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	недостаточно полное описание проделанной работы, освоенных навыков, не подробное описание деятельности). Имеется положительный отзыв заведующего отделением.	отражает полноценно содержание учебной практики и работу студента. Имеется отрицательный отзыв заведующего отделением.	

### Критерии оценивания практических умений

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию	Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследование больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение	Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое обследование больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание,	Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению манипуляций.

	бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование)) под контролем врача	непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование процедуры и т.п.)).	
--	--	---	--

## РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО РЕЙТИНГА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ПРАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ)

Формирование промежуточного рейтинга по клинической практике (помощник врача) предполагает суммирование рейтинговых баллов по разделам с учётом коэффициента для каждого раздела.

### *Расчёт текущего и промежуточного рейтинга*

Промежуточный рейтинг рассчитывается по формуле:

$$\text{ПРХ} = \text{Текущий рейтинг «Х»} \times 0,6 + \text{Экзаменационный рейтинг «Х»} \times 0,4$$

Текущий рейтинг включает оценку по следующим рейтинговым разделам:

1. посещаемость (П);
2. допуск (Д);



3. оформление дневника по практике (Дн);
4. 10 мини-кураций (МК);
5. история болезни (ИБ).

**Текущий рейтинг «Х» =  $(Д \times 0,1 + П \times 0,1 + Дн \times 0,2 + ИБ \times 0,3 + МК \times 0,3) \times 10$**

**Экзаменационный рейтинг** включает оценку по следующим рейтинговым разделам: Практические навыки (ПрН);  
Задача (З);

Теоретический вопрос (В).

**Экзаменационный рейтинг «Э» =  $(ПрН \times 0,2 + З \times 0,2 + В \times 0,6) \times 20$**

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРАКТИКЕ**

Перечень оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

1. Вопросы для собеседования по разделам (приложение №1 к рабочей программе).
2. Наборы тестовых заданий (приложение №2 к рабочей программе).
3. Ситуационные задачи (приложение №3 к рабочей программе).
4. Перечень практических навыков (приложение №4 к рабочей программе).
5. Критерии оценивания при аттестации по итогам прохождения практики.

Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике:

### **1. ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

- Составьте план обследования больного с прободной язвой желудка.
- Напишите лист назначений пациенту с кровотечением из острой язвы ДПК, принимающему варфарин.

### Контрольные вопросы:

1. Составить план обследования больного с хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой, кишечной непроходимостью) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара.
2. Написать лист назначения больному с острой хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой, кишечной непроходимостью) в стационарных условиях и условиях приемного отделения стационара.
3. Составить план лечебно-диагностических мероприятий больному с хирургической патологией (гастродуоденальным кровотечением, острым панкреатитом, острым холециститом, ЖКБ, острым аппендицитом и его осложнениями, перитонитом, осложнениями язвенной болезни, раком желудка, тупой и открытой травмой живота, наружными грыжами живота и их осложнениями, механической желтухой).
4. Предоперационная подготовка больного.
5. Ведение больного в послеоперационном периоде (режим, диета, аспекты медикаментозной терапии).
6. Дать заключение по прилагающемуся рентгенографическому снимку, УЗИ, эндоскопическому обследованию больного, общему анализу крови, биохимическому анализу крови, общему анализу мочи, КТ, МРТ.
7. Техника перевязки ран, заживающих первичным натяжением, оценка состояния раны.
8. Техника перевязки ран, заживающих вторичным натяжением, оценка состояния раны.
9. Техника ПХО ран.
10. Обработка рук хирурга, обработка операционного поля, понятие о асептике, антисептике.
11. Перечислите показания для экстренной и плановой госпитализации хирургических больных. Перечислите основные типовые медицинские документы, заполняемые врачами хирургами в хирургическом стационаре.
12. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов.
13. Осложнения после гемотрансфузии, лечение.
14. Методика постановки очистительной и сифонной клизм, показания, противопоказания к проведению процедуры.
15. Методика постановки НГЗ, показания, противопоказания к проведению процедуры.
16. Методика постановки интестинального зонда, показания, противопоказания к проведению процедуры.
17. Методика постановки мочевого катетера, типы катетеров, показания и противопоказания к проведению процедуры.
18. Методика проведения плевральной пункции. Техника выполнения процедуры, показания к проведению плевральной пункции, осложнения при проведении пункции.
19. Методика проведения абдоминальной пункции. Техника выполнения процедуры и показания к проведению пункции.
20. Методика проведения паранефральной блокады. Техника выполнения процедуры, осложнения.

21. Структура и основные этапы работы врача в стационаре хирургического профиля. Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права и обязанности врача хирургического стационара.

### Тестовый контроль.

Выберите один правильный ответ.

1. У БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) медиальная паховая ямка;
  - 2) латеральная паховая ямка;
  - 3) треугольник ПТИ;
  - 4) сосудистая лакуна, медиальнее бедренной вены;
  - 5) мышечная лакуна, латеральнее бедренных сосудов.
2. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) неосложненная грыжа;
  - 2) ущемленная грыжа;
  - 3) скользящая грыжа;
  - 4) невризмальная грыжа;
  - 5) комбинированная грыжа.
3. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ НЕ ОТНОСИТСЯ 1) прогрессирующее похудание;
  - 2) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
  - 3) особенности анатомического строения брюшной стенки в местах возникновения грыж;
  - 4) беременность;
  - 5) старческий возраст.
4. РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ - ЭТО 1) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
  - 2) эластическое ущемление в грыжевом мешке;
  - 3) пристеночное ущемление кишки;
  - 4) ретроградное ущемление кишки;
  - 5) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
5. У ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) медиальная паховая ямка;
  - 2) латеральная паховая ямка;
  - 3) бедренное кольцо;
  - 4) треугольник ПТИ;
  - 5) Спигелева линия.
6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) паховая связка;
  - 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
  - 3) поперечная фасция;
  - 4) париетальная брюшина;
  - 5) апоневроз наружной косой мышцы живота.

7. ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
  - 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
  - 3) паховая связка;
  - 4) поперечная фасция;
  - 5) семенной канатик.
8. ДЛЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНА СЛАБОСТЬ
- 1) верхней стенки;
  - 2) нижней стенки;
  - 3) передней стенки;
  - 4) задней стенки;
  - 5) всех стенок.
9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО
- 1) Сапежко;
  - 2) Кукуджанову;
  - 3) Бассини;
  - 4) Постемпски;
  - 5) Грекову.
10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ НЕ ОТНОСЯТ
- 1) вправимость грыжи;
  - 2) ущемление грыжи;
  - 3) невправимость грыжи;
  - 4) флегмону грыжевого мешка;
  - 5) непроходимость в грыже.
11. ХОД ОПЕРАЦИИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ
- 1) пластика грыжевых ворот не проводится;
  - 2) вначале рассекается ущемляющее кольцо, затем вскрывается грыжевой мешок;
  - 3) вначале вскрывается грыжевой мешок, затем рассекается ущемляющее кольцо;
  - 4) вмешательство совершенно одинаково;
  - 5) грыжевой мешок не перевязывается.
12. ПРИЗНАКОМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) пульсация сосудов брыжейки;
  - 2) перистальтика кишечника;
  - 3) блеск серозы;
  - 4) цвет серозной оболочки;
  - 5) наличие грыжевой воды.
13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ
- 1) мочевого пузыря;
  - 2) подвздошная кишка;
  - 3) желудок;
  - 4) прямая кишка;

5) матка.

14. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) из-за резкой болевой реакции;
- 2) из-за возможных рецидивов ущемления;
- 3) из-за возникновения токсического шока;
- 4) из-за возможного развития первичного перитонита;
- 5) из-за возможного некроза ущемленного органа.

15. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, БОЛЕЙ НЕТ, ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ СО СТОРОНЫ ЖИВОТА НЕТ

- 1) отпустить больного домой до следующего ущемления;
- 2) госпитализировать для наблюдения и дальнейшего оперативного лечения;
- 3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
- 4) срочная лапаротомия;
- 5) отпустить больного домой, рекомендовав операцию в плановом порядке.

16. В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПО ВСКРЫТИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ОБНАРУЖЕНЫ 2 ПЕТЛИ ТОНКОЙ КИШКИ. РЕЧЬ ИДЕТ О ВИДЕ УЩЕМЛЕНИЯ

- 1) узлообразовании в грыжевом мешке;
- 2) пристеночном;
- 3) ретроградном;
- 4) ущемлении скользящей грыжи;
- 5) каловом.

17. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). ВАШИ ДЕЙСТВИЯ?

- а) резецировать только некротизированную часть кишки из пахового доступа, наложить анастомоз;
- 2) перейти на лапаротомию, резецировать только некротизированную часть кишки, наложить анастомоз;
- 3) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 45-60 см кишки, наложить анастомоз;
- 4) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще 15-20 см кишки, наложить анастомоз;
- 5) перейти на лапаротомию, резецировать не только некротизированную часть кишки (10 см), но и еще по 5 см кишки с каждой стороны и наложить анастомоз.

18. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ

- 1) Бассини;
- 2) Жирара-Спасокукотского;
- 3) Сапеевко;
- 4) Постемпски;
- 5) Кимбаровскому.

19. ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ
- 1) верхнюю;
  - 2) нижнюю;
  - 3) боковую;
  - 4) переднюю;
  - 5) заднюю.
20. МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА
- 1) Бассини, Кукуджанова;
  - 2) Жирара- Спасокукотского;
  - 3) Кимбаровского;
  - 4) Мейо, Сапежко;
  - 5) Руджи - Парлавеччио.
21. МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ЛИКВИДАЦИЮ ПАХОВОГО КАНАЛА
- 1) Бассини, Кукуджанова;
  - 2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
  - 3) Лихтенштейна;
  - 4) Мейо, Сапежко;
  - 5) Постемпски.
22. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ - ЭТО
- 1) незаращение отростка слепой кишки;
  - 2) незаращение отростка двенадцатиперстной кишки;
  - 3) незаращение желточного протока;
  - 4) незаращение отростка сигмовидной кишки.
  - 5) незаращение урахуса.
23. ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ
- 1) резкая боль внизу живота, потеря сознания, холодный пот;
  - 2) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2кратная рвота;
  - 3) ассиметричное вздутие живота, задержка стула и газов, схваткообразные боли в животе;
  - 4) гектическая температура, постоянная боль в левом подреберье, тошнота, рвота;
  - 5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.
24. ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
- 1) мезоаденит;
  - 2) энтерит;
  - 3) кровотечение в просвет кишки;
  - 4) мезентереотромбоз;
  - 5) инвагинацию.
25. ДИВЕРТИКУЛЫ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
- 1) мезоаденит;
  - 2) перфорация;
  - 3) паралитическую кишечную непроходимость

- 4) мезентереотромбоз;
- 5) внутрибрюшное кровотечение.

26. ДИВЕРТИКУЛИТ – ЭТО (ПК-6)

- 1) нарушение кровообращения в дивертикуле;
- 2) воспаление дивертикула;
- 3) наличие дивертикулов в кишке;
- 4) образование внутреннего свища;
- 5) закупорка дивертикула каловым камнем.

27. ФЛЕГМОНА КИШКИ НАЧИНАЕТ РАЗВИТИЕ (ПК-8)

- 1) со слизистой оболочки;
- 2) с подслизистого слоя;
- 3) с мышечного слоя;
- 4) с серозной оболочки;
- 5) с брыжейки кишки.

28. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ТОНКОЙ КИШКИ, МЕСТНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ (ПК-8)

- 1) резекция кишки + выведение двух илеостом;
- 2) наложение илеостомы выше участка поражения;
- 3) наложение обходного анастомоза, санация и дренирование брюшной полости;
- 4) наложение илеостомы ниже участка поражения;
- 5) резекция кишки с анастомозом, санация и дренирование брюшной полости.

29. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА (ПК-5)

- 1) ирригография;
- 2) лапароскопия;
- 3) колоноскопия;
- 4) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 5) пероральная рентгенография кишечника.

30. ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ МОГУТ ОСЛОЖНИТЬСЯ (ПК-6)

- 1) энтерит;
- 2) кишечную непроходимость;
- 3) перитонит;
- 4) мезентереотромбоз;
- 5) внутренние свищи.

31. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ПОЛИПА ТОНКОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ (ПК-8)

- 1) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза;
- 2) наложение обходного анастомоза;
- 3) резекция кишки с выведением двух илеостом;
- 4) интестинотомия, гемостаз;
- 5) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки.

32. ПОКРЫТА ПОЛНОСТЬЮ БРЮШИНОЙ (ПК-5)

- 1) слепая кишка;
- 2) восходящая кишка;
- 3) нисходящая кишка;
- 4) сигмовидная кишка;
- 5) прямая.

33. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) всасывание белков;
- 2) всасывание воды;
- 3) всасывание жиров;
- 4) всасывание углеводов;
- 5) нейтрализация шлаков.

34. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Гипоганглиоз Аурбаховского и Мейснеровского сплетения;
- 2) атрезия прямой кишки;
- 3) мезентереотромбоз;
- 4) долихосигма;
- 5) заворот сигмовидной кишки.

35. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ХАРАКТЕРНО

- 1) хронические поносы;
- 2) ожирение;
- 3) отсутствие аппетита;
- 4) хронические запоры;
- 5) кахексия.

36. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) только консервативное;
- 2) наложение илеостомы;
- 3) резекция только расширенного отдела кишечника с последующим анастомозом;
- 4) резекция суженного и частично расширенного отделов кишечника с последующим анастомозом;
- 5) колэктомия.

37. ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ ЧАЩЕ

- 1) только прямая кишка;
- 2) весь тонкий и толстый кишечник;
- 3) только слепая кишка;
- 4) подвздошная кишка;
- 5) прямая и ободочная кишка.

38. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ МОЖЕТ ДАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) перфорацию кишки;
- 2) мезентереотромбоз;
- 3) заворот кишки;
- 4) парез кишечника;
- 5) внутрибрюшное кровотечение.



39. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) ожирение;
- 2) желтуха;
- 3) анемия;
- 4) гипергликемия;
- 5) амилаземия.

40. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)

- 1) период ремиссии;
- 2) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
- 3) не эффективность консервативного лечения в течение суток;
- 4) токсическая дилатация кишки;
- 5) впервые выявленный неспецифический язвенный колит.

41. КАКОЙ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-

- 5)
- 1) пассаж бария по кишечнику;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) ирригография;
- 4) аноскопия;
- 5) пальцевое исследование.

42. ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ (ПК-8)

- 1) кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию;
- 2) зондовое питание, десенсибилизирующую и гемостатическую терапию;
- 3) сифонные клизмы, кортикостероиды + антибактериальную, инфузионную терапию;
- 4) холод, голод, спазмолитики, гемотрансфузия;
- 5) антибактериальную, инфузионную, гемостатическую терапию.

43. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА (ПК-5)

- 1) отсутствуют;
- 2) схваткообразные боли в животе;
- 3) лихорадка;
- 4) упорные запоры;
- 5) чередование поносов и запоров.

44. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-6)

- 1) ущемление;
- 2) заворот;
- 3) спаечная кишечная непроходимость;
- 4) обтурационная кишечная непроходимость
- 5) кишечные кровотечения.

45. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ

(ПК-5)

- 1) бессимптомной;
- 2) заворота кишки;
- 3) перитонита;
- 4) внутрибрюшного кровотечения;
- 5) асцита.

46. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НАЛИЧИИ ДИВЕРТИКУЛОВ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-8)

- 1) ущемление дивертикула;
- 2) длительный анамнез;
- 3) наличие полиорганной недостаточности;
- 4) перфорация дивертикула;
- 5) наличие наружного свища.

47. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) пассаж бария по кишечнику;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) ирригография;
- 4) УЗИ;
- 5) компьютерная томография.

48. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ

- 1) перитонита;
- 2) внутрибрюшного кровотечения;
- 3) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 4) перфорации;
- 5) кишечного кровотечения.

49. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) внутрибрюшное кровотечение;
- 2) перфорация кишки;
- 3) малигнизация;
- 4) перитонит;
- 5) странгуляционная непроходимость кишечника.

50. ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1) электролитных нарушений;
- 2) кишечной непроходимости;
- 3) мезентереотромбоза;
- 4) клиника воспаления;
- 5) профузного кишечного кровотечения.

51. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) мезентереотромбоз;
- 2) токсический шок;
- 3) воспаление;

- 4) паховый лимфаденит;
- 5) параректальные свищи.

52. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) реактивный плеврит;
- 2) оментит;
- 3) мезоаденит;
- 4) кишечное кровотечение;
- 5) тазовый абсцесс.

53. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО - ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) ирригография;
- 2) ФГС;
- 3) УЗИ;
- 4) ректальное исследование;
- 5) аноскопия.

54. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА

- 1) «кинжальная» боль в эпигастрии, затем сильные постоянные боли по всему животу;
- 2) схваткообразные боли в животе, рвота кишечным содержимым, ассиметричное вздутие живота, был стул;
- 3) приступообразные боли в мезогастррии слева с иррадиацией в поясничную область, дизурия;
- 4) схваткообразные боли в животе, отсутствие стула и газов, вздутие живота;
- 5) многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, боли в эпигастрии.

55. СИМПТОМ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

- 1) симптом Кивуля;
- 2) симптом Кулена;
- 3) симптом Керте;
- 4) симптом Тевенера;
- 5) симптом Грей-Тернера.

56. СИМПТОМЫ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) симптомы Керте, Каменчек;
- 2) симптомы Ровзинга, Воскресенского;
- 3) шум «падающей капли» и «лопающихся пузырьков»;
- 4) симптомы Кивуля, Кулена;
- 5) симптомы Промптова, Ортнера.

57. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;

- 3) диагностическая лапаротомия;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) резекция кишки с опухолью.

58. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) диагностическая лапаротомия.

59. БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ ПОДВЗДОШНЫЕ СОСУДЫ И ВЫЗЫВАЮЩЕЙ КЛИНИКУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
- 5) диагностическая лапаротомия.

60. ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) пальцевое исследование;
- 2) ирригоскопия;
- 3) компьютерная томография;
- 4) пассаж бария по кишечнику;
- 5) обзорная рентгенография брюшной полости.

61. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОРРОЯ

- 1) кал типа «малинового желе», кожный зуд в промежности;
- 2) мелена, отсутствие болей, тенезмы;
- 3) кожный зуд в промежности, запоры, примесь крови в кале;
- 4) тенезмы, схваткообразные боли, вздутие живота;
- 5) лентовидный кал, примесь крови в кале, схваткообразные боли.

62. СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ

- 1) парапроктиты;
- 2) портальная гипертензия;
- 3) занятие спортом;
- 4) ожирение;
- 5) кахексия.

63. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трещина прямой кишки;
- 2) рубцовый стеноз;
- 3) острый парапроктит;
- 4) свищи прямой кишки;
- 5) флеботромбоз.

64. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ  
ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

- 1) геморроидэктомия;
- 2) антикоагулянты, повязки с мазью Вишневского; свечи со спазмолитиками и антисептиками;
- 3) гемостатики, очистительные клизмы, анальгетики;
- 4) вскрытие геморроидального узла;
- 5) строгий постельный режим, возвышенное положение нижних конечностей, холод.

65. ЖАЛОБА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА

- 1) боль во время дефекации;
- 2) поносы;
- 3) гектическая температура;
- 4) тенезмы;
- 5) кал со слизью.

66. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА

- 1) компьютерная томография;
- 2) манометрия;
- 3) фистулография;
- 4) ирригоскопия;
- 5) пальцевое исследование.

67. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) непроходимость прямой кишки;
- 2) гектическая температура;
- 3) выделение алой крови с калом;
- 4) выделение слизи, крови, гноя с калом;
- 5) схваткообразные боли в животе.

68. КЛИНИКА, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) постоянные боли внизу живота;
- 2) увеличение паховых лимфоузлов;
- 3) гектическая температура
- 4) профузный понос;
- 5) кишечная непроходимость.

69. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, НЕОБХОДИМЫЙ И ДОСТАТОЧНЫЙ ДЛЯ  
ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) ирригография;
- 2) пальцевое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) ректороманоскопия с биопсией;
- 5) колоноскопия.

70. РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) ректосигмоидный отдел;
- 2) верхнеампулярный отдел;

- 3) нижеампулярный отдел;
- 4) анальный канал;
- 5) среднеампулярный отдел.

71. ОПЕРАЦИИ, ПРОИЗВОДИМАЯ ПРИ ВЕРХНЕЕ-АМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) резекция прямой кишки;
- 2) брюшно-анальная ампутация с низведением кишки;
- 3) брюшно-промежностная экстирпация;
- 4) эндоскопическая коагуляция опухоли;
- 5) только лучевая терапия.

72. ПАРАПРОКТИТА КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ

- 1) пельвио-ректальный;
- 2) тазовый;
- 3) ишио-ректальный;
- 4) подкожный;
- 5) подслизистый.

73. СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТОГО ПАРАПРОКТИТА (ПК-5)

- 1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
- 2) выделение крови из прямой кишки;
- 3) боли внизу живота;
- 4) поносы;
- 5) тенезмы.

74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) подковообразный разрез промежности;
- 2) дугообразный разрез промежности;
- 3) вскрытие гнойника через брюшную полость;
- 4) вскрытие гнойника через прямую кишку;
- 5) вскрытие гнойника через задний свод влагалища.

75. МЕТОД, НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) маммография;
- 2) контрастная маммография;
- 3) мезентерография;
- 4) термография;
- 5) цитологическое исследование пунктата.

76. ЗАБОЛЕВАНИЕ, НЕ ОТНОСЯЩЕЕСЯ К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) мастит;
- 2) амастия;
- 3) гипомастия;
- 4) добавочные соски;
- 5) мономастия.

77. МАСТИТ - ЭТО (ПК-6)

- 1) травматическое заболевание молочной железы;
- 2) воспалительное заболевание молочной железы;
- 3) иммунологическое заболевание молочной железы;
- 4) опухолевое заболевание молочной железы;
- 5) аллергическое заболевание молочной железы.

78. В РАЗВИТИИ МАСТИТА НЕТ ФАЗЫ

- 1) абсцедирующая;
- 2) серозная;
- 3) латентная;
- 4) инфильтративная.

79. ЛЕЧЕНИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ АБСЦЕДИРУЮЩЕМ ГНОЙНОМ МАСТИТЕ

- 1) сцеживание, антибиотики;
- 2) антибиотики, возвышенное положение железы;
- 3) УВЧ, подавление лактации;
- 4) пункционное лечение мастита;
- 5) вскрытие мастита.

80. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ МЕСТА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) КОСТИ; 2) ПЕЧЕНЬ; 3) ЛЕГКИЕ; 4) СРЕДОСТЕНИЕ; 5) ПЛЕВРА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТВЕТОВ (ПК-5)

- 1) 1,3,5;
- 2) 2,4;
- 3) 1,2;
- 4) 1,3;
- 5) все верно.

81. У БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ВЫ ЗАПОДОЗРИЛИ ДВУХСТОРОННЮЮ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНУЮ ДИФFUЗНУЮ МАСТОПАТИЮ. ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКОВ НЕТ. НЕ ПРИМЕНИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) безконтрастная маммография;
- 2) ультразвуковая эхография;
- 3) контрастная маммография;
- 4) пункция с цитологическим исследованием;
- 5) расширенная мастэктомия с последующим гистологическим исследованием.

82. МАММОГРАФИЯ НЕ ПОКАЗАНА

- 1) при ретракции соска при непальпируемой опухоли;
- 2) при увеличении подмышечных лимфоузлов без пальпируемой опухоли в молочной железе;
- 3) при наличии сецернирующей молочной железы;
- 4) при рецидивирующей узловой мастопатии;
- 5) при беременности.

83. К ДИФФУЗНЫМ ФОРМАМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ ФОРМА

- 1) отечно-инфильтративную форму;
- 2) маститоподобную форму;
- 3) рожеподобную форму;
- 4) дерматитоподобную форму;
- 5) панцирный рак.

84. В ЭТИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) наследственная генетическая предрасположенность;
- 2) гормональный дисбаланс;
- 3) злоупотребление алкоголем;
- 4) недостаточность репродуктивной и лактационной функций;
- 5) органические заболевания половых и эндокринных органов.

85. В КЛАССИФИКАЦИИ АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТСУТСТВУЕТ ВИД

- 1) подкожные;
- 2) субареоллярные;
- 3) интрамаммарные;
- 4) внемаммарные;
- 5) ретромаммарные.

Вариант № 2

1. МЕСТО ВЫХОДА БЕДРЕННЫХ ГРЫЖ

- 1) выше паховой связки;
- 2) между ножками апоневроза косой мышцы живота;
- 3) ниже паховой связки;
- 4) треугольник ПТИ;
- 5) паховый треугольник.

2. РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ (ПК-5)

- 1) резкой боли;
- 2) внезапной невосприимчивости грыжи;
- 3) болезненности и напряжения грыжевого мешка;
- 4) острого начала заболевания;
- 5) высокой температуры.

3. НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОИЗВОДЯЩИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЮ ГРЫЖ

- 1) роды;
- 2) тяжелая физическая работа;
- 3) травмы брюшной стенке, послеоперационные рубцы;
- 4) бронхиальная астма;
- 5) хронические запоры.

4. РЕТРОГРАДНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ЭТО

- 1) когда в грыжевом мешке при ущемлении находятся 2 и более петель кишечника;
- 2) ущемление кишечника в области дуодено-еюнального перехода;
- 3) пристеночное ущемление кишки;



- 4) ущемление желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
  - 5) эластическое ущемление в грыжевом мешке.
5. У КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ГРЫЖЕВЫМИ ВОРОТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) медиальная паховая ямка;
  - 2) латеральная паховая ямка;
  - 3) надпузырная ямка;
  - 4) треугольник ПТИ;
  - 5) Спигелева линия.
6. СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
  - 2) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
  - 3) паховая связка;
  - 4) поперечная фасция;
  - 5) семенной канатик.
7. ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота;
  - 2) семенной канатик;
  - 3) поперечная фасция;
  - 4) нижний край внутренней косой и поперечной мышц;
  - 5) паховая связка.
8. ДЛЯ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНА СЛАБОСТЬ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА
- 1) передней;
  - 2) задней;
  - 3) верхней;
  - 4) нижней;
  - 5) всех стенок.
9. ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ ПЛАСТИКУ ПРОВОДЯТ ПО
- 1) Мейо;
  - 2) Кимбаровскому;
  - 3) Мартынову;
  - 4) Руджи-Парлаветчио;
  - 5) Жирара-Спасокукотского.
10. КРИТЕРИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТИЕ В ОБРАЗОВАНИИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА
- 1) экстраперитонеально расположенного органа;
  - 2) участие в грыжевом мешке мезоперитонеально расположенного органа;
  - 3) участие в грыжевом мешке интраперитонеально расположенного органа;
  - 4) наличие вправимого грыжевого содержимого;
  - 5) наличие не вправляемого грыжевого содержимого.
11. ОПЕРАЦИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОТ ПЛАНОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ
- 1) вмешательство совершенно одинаково;

- 2) этап грыжесечения одинаков, отличается пластика;
- 3) пластика грыжевых ворот вообще не проводится;
- 4) необходимо оценивать жизнеспособность ущемленного органа;
- 5) вмешательство не зависит от жизнеспособности ущемленного органа.

12. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ УЩЕМЛЕНИЯ

- 1) каловое ущемление;
- 2) рихтеровское ущемление;
- 3) эластическое ущемление;
- 4) ретроградное ущемление;
- 5) тоническое ущемление.

13. ПРИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖЕ В СОСТАВ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА МОЖЕТ ВХОДИТЬ

- 1) тонкая кишка;
- 2) поперечно-ободочная кишка;
- 3) слепая кишка;
- 4) семенной канатик;
- 5) матка.

14. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ СЛУЖИТ

- 1) наличие грыжевого выпячивания;
- 2) появление перитонеальных явлений со стороны живота;
- 3) повышение температуры;
- 4) дизурические явления;
- 5) частый стул.

15. ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ

- 1) из-за возникновения острой кишечной непроходимости;
- 2) из-за возникновения болевого шока;
- 3) из-за возможных рецидивов ущемления;
- 4) из-за возникновения заворота кишки;
- 5) из-за возможного развития первичного перитонита.

16. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ, ЕСЛИ УЩЕМЛЕННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ВПРАВИЛАСЬ, НО СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ПОЯВИЛАСЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ СИМПТОМАТИКА

- 1) введение спазмолитиков, анальгетиков и динамическое наблюдение;
- 2) введение антибиотиков и динамическое наблюдение;
- 3) срочная операция как при ущемленной паховой грыже (разрез в паховой области);
- 4) срочная лапаротомия;
- 5) отпустить больного домой до следующего ущемления.

17. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) желудочное кровотечение;
- 2) частая рвота желудочным содержимым;
- 3) частые изжоги;

- 4) похудание;
- 5) дисфагия.

18. У БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ОКАЗАЛАСЬ НЕКРОТИЗИРОВАННАЯ ПЕТЛЯ ТОНКОЙ КИШКИ (10 СМ). КАКОЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ВЫ ДОЛЖНЫ РЕЗЕЦИРОВАТЬ

- 1) только некротизированную часть кишки -10 см;
- 2) некротизированную + по 5 см приводящей и отводящей;
- 3) некротизированную + 5 см приводящей кишки + 10 см отводящей кишки;
- 4) некротизированную + 30-40 см приводящей кишки + 15-20 см отводящей кишки;
- 5) некротизированную + по 1 метру с каждой стороны.

19. ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ

- 1) Грекова;
- 2) Кукуджанова;
- 3) Мартынова;
- 4) Бассини;
- 5) Кимбаровского.

20. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖЕ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПЛАСТИКУ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРОВОДЯТ ПО СПОСОБУ

- 1) Бассини;
- 2) Жирара-Спасокукотского;
- 3) Сапежко;
- 4) Постемпски;
- 5) Кимбаровскому.

21. ПРИ ПРЯМЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ НУЖНО УКРЕПЛЯТЬ

- 1) верхнюю;
- 2) нижнюю;
- 3) боковую;
- 4) переднюю;
- 5) заднюю.

22. МЕТОД ПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА

- 1) Бассини, Кукуджанова;
- 2) Жирара- Спасокукотского, Кимбаровского;
- 3) Лихтенштейна;
- 4) Мейо, Сапежко;
- 5) Постемпски.

23. ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ОТХОДИТ ОТ

- 1) тощая кишка;
- 2) слепая кишка;
- 3) сигмовидная кишка;
- 4) подвздошная кишка;
- 5) поперечно-ободочная.

24. ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ
- 1) схваткообразные боли в животе, многократная рвота, вздутие живота;
  - 2) слабость, кал с примесью крови, болей в животе нет;
  - 3) постоянная боль в животе, повышение температуры, тошнота, 1-2 кратная рвота;
  - 4) приступообразные боли в животе с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, повышение температуры;
  - 5) отсутствие болей, фебрильная температура, понос.
25. ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ
- 1) изъязвление;
  - 2) энтерит;
  - 3) мезентереолит;
  - 4) мезентереотромбоз;
  - 5) инвагинацию.
26. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ТОНКОЙ КИШКИ
- 1) мезоаденит;
  - 2) энтерит;
  - 3) спастическую кишечную непроходимость;
  - 4) мезентереотромбоз;
  - 5) воспаление.
27. ДИВЕРТИКУЛЕЗ – ЭТО
- 1) воспаление дивертикула;
  - 2) нарушение кровообращения в дивертикуле;
  - 3) наличие дивертикулов в кишке;
  - 4) образование внутреннего свища;
  - 5) незаращение желточного протока.
28. ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ХАРАКТЕРНО
- 1) рвота;
  - 2) жидкий стул;
  - 3) клиника кишечного кровотечения;
  - 4) клиника местного перитонита;
  - 5) клиника кишечной непроходимости.
29. ВТОРОЕ НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА
- 1) терминальный эзофагит;
  - 2) терминальный проктит;
  - 3) терминальный илеит;
  - 4) терминальный сигмоидит;
  - 5) терминальный дуоденит.
30. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНЬ КРОНА В ОСТРОЙ СТАДИИ ПРОВОДЯТ С
- 1) дуоденит;
  - 2) энтерит;
  - 3) проктит;

- 4) острый аппендицит;
- 5) мезентереотромбоз.

31. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ИМЕЕТ ВИД

- 1) «гладкого асфальта»;
- 2) «булыжной мостовой»;
- 3) «домика улитки»;
- 4) «шахматной доски»;
- 5) «дорожной колеи»

32. ОСЛОЖНЕНИЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

- 1) перитонит;
- 2) мезентереотромбоз;
- 3) кровотечение в просвет кишки;
- 4) кровотечение в брюшную полость;
- 5) наружные свищи.

33. ОПЕРАЦИИ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОЙ ОПУХОЛИ

- 1) резекция кишки с выведением двух илеостом;
- 2) выведение колостомы;
- 3) наложение обходного анастомоза;
- 4) резекция кишки с выведением приводящей кишки в виде илеостомы и глухое закрытие отводящей кишки;
- 5) резекция кишки с опухолью и наложение анастомоза с введением интестинального зонда.

34. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) всасывание белков;
- 2) накопление железа;
- 3) всасывание жиров;
- 4) всасывание углеводов;
- 5) формирование каловых масс.

35. МЕТОД, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) пальцевое исследование;
- 2) пассаж бария по кишечнику;
- 3) аноскопия;
- 4) ирригоскопия;
- 5) обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

36. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врожденное сужение прямой кишки или сигмы;
- 2) Аганглиоз Ауэрбаховского и Мейснеровского сплетения;
- 3) наличие опухоли в сигмовидной кишке;
- 4) парез восходящего, поперечного и нисходящего отделов;
- 5) воспалительные заболевания кишечника.

37. В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ

- 1) ускоренный пассаж кишечного содержимого;

- 2) воспалительный процесс в кишечнике;
- 3) затруднение пассажа кишечного содержимого;
- 4) опухолевое поражение кишки;
- 5) нарушение кровообращения в кишке.

38. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – ЭТО

- 1) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в серозной оболочке прямой и ободочной кишки;
- 2) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в слизистой оболочке прямой и ободочной кишки;
- 3) хронический воспалительный процесс с развитием язвенно-некротических изменений в мышечном слое прямой и ободочной кишки;
- 4) опухолевый процесс слизистой оболочки прямой и ободочной кишки;
- 5) некроз кишки, связанный с нарушением кровообращения в ней.

39. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) острую странгуляционную кишечную непроходимость;
- 2) острую обтурационную кишечную непроходимость;
- 3) кишечное кровотечение;
- 4) внутрибрюшное кровотечение;
- 5) мезентереотромбоз.

40. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) запоры, равномерное вздутие живота;
- 2) поносы, похудение, эксикоз;
- 3) многократная рвота, не приносящая облегчения;
- 4) постоянная боль в животе с иррадиацией в поясничную область;
- 5) ассиметричное вздутие живота.

41. СРОЧНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) парез кишечника;
- 2) токсический шок;
- 3) профузное кишечное кровотечение;
- 4) кахексия;
- 5) асцит.

42. ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

- 1) подтверждение диагноза «неспецифический язвенный колит»;
- 2) неэффективность консервативного лечения в течение 72 часов;
- 3) хроническая рецидивирующая форма неспецифического язвенного колита;
- 4) неэффективность консервативного лечения в течение суток;
- 5) развитие осложнений, угрожающих жизни больного.

43. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

- 1) аноскопия;
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости;
- 3) компьютерная томография;
- 4) колоноскопия;
- 5) УЗИ.

44. ПРЕПАРАТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

- 1) спазмолитики;
- 2) кортикостероиды;
- 3) анальгетики;
- 4) жаропонижающие;
- 5) эритроцитарная масса.

45. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) непроходимость кишечника;
- 2) инвагинация;
- 3) узлообразование;
- 4) воспаление;
- 5) мезентереотромбоз.

46. СО СТОРОНЫ ЖИВОТА ДИВЕРТИКУЛИТ МОЖЕТ  
СОПРОВОЖДАТЬСЯ КЛИНИКОЙ

- 1) острой кишечной непроходимости;
- 2) перфорации;
- 3) внутрибрюшного кровотечения;
- 4) мезентереотромбоза;
- 5) паралитической непроходимости.

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИВЕРТИКУЛИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ КЛИНИКОЙ

- 1) внутрибрюшного кровотечения;
- 2) асцита;
- 3) узлообразования;
- 4) пилефлебита;
- 5) инфильтрата брюшной полости.

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ  
ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

- 1) РПХГ;
- 2) колоноскопия;
- 3) обзорная рентгенография брюшной полости в латеропозиции;
- 4) УЗИ;
- 5) компьютерная томография.

49. ПОЛИПЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ

- 1) перитонита;
- 2) внутрибрюшного кровотечения;
- 3) странгуляционной кишечной непроходимости;
- 4) обтурационной кишечной непроходимости;
- 5) внутреннего свища.

50. ПЕРВИЧНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) воспаление полипа;
  - 2) перфорация кишки;
  - 3) парез кишечника;
  - 4) перитонит;
  - 5) странгуляционная непроходимость кишечника.
51. УКАЖИТЕ ОДНУ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- 1) селезеночный изгиб;
  - 2) печеночный изгиб;
  - 3) нисходящая кишка;
  - 4) слепая кишка;
  - 5) восходящая кишка.
52. СИМПТОМЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕМЫЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- 1) анемия, лихорадка, боли;
  - 2) схваткообразные боли, рвота;
  - 3) сильные постоянные боли, вздутый, но мягкий живот;
  - 4) анемия, мелена, рвота кофейной гущей;
  - 5) примесь малоизмененной крови в кале, тенезмы.
53. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- 1) септический шок;
  - 2) поддиафрагмальный абсцесс;
  - 3) инфаркт кишки;
  - 4) параректальный свищ;
  - 5) кишечную непроходимость.
54. ПЕРВИЧНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРОЕ МОГУТ ДАТЬ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- 1) оментит;
  - 2) перфорация опухоли;
  - 3) мезоаденит;
  - 4) поддиафрагмальный абсцесс;
  - 5) острая почечная недостаточность.
55. МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
- 1) пассаж бария по кишечнику;
  - 2) ФГС;
  - 3) колоноскопия с биопсией;
  - 4) ректальное исследование;
  - 5) аноскопия с биопсией.
56. ХАРАКТЕР КАЛА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ОПУХОЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ



- 1) мелена;
- 2) типа «малинового желе»;
- 3) с примесью алой крови;
- 4) с примесью малоизмененной вишневой крови;
- 5) лентовидный, с полосками крови на поверхности.

57. СИМПТОМ, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ОСМОТРЕ ЖИВОТА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

- 1) симптом Шимана-Дансе;
- 2) симптом Склярора;
- 3) симптом Мондора;
- 4) симптом Мейо-Робсона;
- 5) симптом Образцова.

58. СИМПТОМЫ ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

- 1) симптомы Ортнера, Образцова;
- 2) симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона;
- 3) симптомы Керте, Каменчек;
- 4) симптомы Мондора, Грей-Тернера;
- 5) симптомы Цеге-Мантейфель, Склярора.

59. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ НИСХОДЯЩЕЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОГО УГЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) диагностическая лапаротомия;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) резекция кишки с опухолью.

60. БОЛЬНОМУ С УДАЛИМОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ БЕЗ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) обходной анастомоз;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) правосторонняя гемиколэктомия;
- 5) диагностическая лапаротомия.

61. БОЛЬНОМУ С ОПУХОЛЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ДАЮЩЕЙ ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПРИ НАЛИЧИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

- 1) левосторонняя гемиколэктомия;
- 2) выведение кишечной стомы ниже опухоли;
- 3) резекция кишки с опухолью;
- 4) выведение кишечной стомы выше опухоли;
- 5) диагностическая лапаротомия.

62. УКАЖИТЕ ПЕРВОСТЕПЕННЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) компьютерная томография;
- 2) ректороманоскопия;
- 3) колоноскопия;
- 4) пассаж бария по кишечнику;
- 5) УЗИ.

63. СПОСОБСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЮ ГЕМОРРОЯ

- 1) параректальные свищи;
- 2) постельный режим;
- 3) истощение;
- 4) хронические запоры;
- 5) перенесенные вирусные заболевания.

64. ГЕМОРРОЙ МОЖЕТ ДАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) абсцесс Дугласова пространства;
- 2) острую кишечную непроходимость;
- 3) рубцовый стеноз;
- 4) кровотечение;
- 5) заворот.

65. РАССЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) тромбоза;
- 2) выпадение геморроидального узла;
- 3) тромбоз геморроидального узла;
- 4) ущемление геморроидальных узлов;
- 5) кровотечение из узла.

66. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ, ПРОВОДИМЫЙ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

- 1) геморроидэктомия;
- 2) антикоагулянты, повязки с мазью Вишневского; свечи со спазмолитиками и антисептиками;
- 3) гемостатики парентерально и в свечах, строгий постельный режим;
- 4) вскрытие геморроидального узла;
- 5) строгий постельный режим, анальгетики.

67. ЖАЛОБА ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ТРЕЩИНЫ АНУСА

- 1) кровотечение, кал перемешан с кровью;
- 2) кровотечение, кал как «малиновое желе»;
- 3) кровотечение, кал дегтеобразный;
- 4) кровотечение, кал не перемешан с кровью;
- 5) тенезмы.

68. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРЕЩИНОЙ АНУСА

- 1) колоноскопия;
- 2) аноскопия;
- 3) фистулография;
- 4) ирригоскопия;

5) УЗИ.

69. КЛИНИКА ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ РАКА РЕКТО-СИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ (ПК-5)

- 1) постоянные боли внизу живота;
- 2) боль в области ануса, усиливающаяся при дефекации;
- 3) увеличение паховых лимфоузлов;
- 4) профузный понос;
- 5) кишечная непроходимость.

70. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ АНАЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) боли, усиливающиеся при движениях;
- 2) гектическая температура;
- 3) постоянные боли в области ануса, усиливающиеся при дефекации;
- 4) ассиметричное вздутие живота;
- 5) схваткообразные боли в животе.

71. НАЧИНАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО С

- 1) ирригография;
- 2) пальцевое исследование;
- 3) компьютерная томография;
- 4) ректоскопия;
- 5) колоноскопия.

72. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ – ЭТО

- 1) хроническое воспаление параректальной клетчатки;
- 2) воспаление эпителиально-копчиковых погружений;
- 3) острое воспаление парауретральной клетчатки;
- 4) острое воспаление параректальной клетчатки;
- 5) хроническое воспаление парауретральной клетчатки.

73. СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА

- 1) припухлость и гиперемия кожи в области ануса;
- 2) гиперемия кожи внизу живота;
- 3) боли в анальной области;
- 4) запоры;
- 5) тенезмы.

74. МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕЛЬВИОРЕКТАЛЬНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

- 1) подковообразный разрез промежности;
- 2) дугообразный разрез промежности;
- 3) вскрытие гнояника через брюшную полость;
- 4) вскрытие гнояника через прямую кишку;
- 5) вскрытие гнояника через задний свод влагалища.

75. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) полимастия;

- 2) трещины сосков;
- 3) гипермастия;
- 4) мономастия;
- 5) добавочные соски.

76. ПРИ МАСТИТАХ ИНФЕКЦИЯ НЕ МОЖЕТ ПОПАСТЬ В МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

- 1) через трещины соска;
- 2) гематогенно;
- 3) через протоки;
- 4) энтерогенно;
- 5) лимфогенно.

77. В КЛАССИФИКАЦИИ ОТСУТСТВУЕТ ВИД АБСЦЕССА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) подкожные;
- 2) субареоллярные;
- 3) интрамаммарные;
- 4) внемаммарные;
- 5) ретромаммарные.

78. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО МАСТИТА

- 1) пневмония, поддиафрагмальный абсцесс;
- 2) сепсис, эмпиема плевры;
- 3) гепатит с исходом в цирроз;
- 4) гнойный менингит;
- 5) тромбоэмболия легочной артерии.

79. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ

- 1) КОНТАКТНО; 2) ГЕМАТОГЕННО; 3) ЭНТЕРОГЕННО; 4) ЛИМФОГЕННО; 5) ПОЛОВЫМ ПУТЕМ. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНУЮ КОМБИНАЦИЮ
- 1) 2,3;
  - 2) 2,4;
  - 3) 3,4;
  - 4) 1,2;
  - 5) 4,5.

80. ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ

- 1) склерозирующий аденоматоз;
- 2) рак молочной железы;
- 3) папиллому протокав железы;
- 4) беременность;
- 5) фиброаденому молочной железы.

81. МАММОГРАФИЯ НЕ ПОКАЗАНА

- 1) при наличии симптома «апельсиновой корки»;
- 2) при бесплодии;
- 3) при наличии симптома «умбиликации»;
- 4) при наличии узла в молочной железе;
- 5) при наличии выделений из соска.

82. РАК ПЕДЖЕТА - ЭТО

- 1) изъязвление раковой опухоли на коже молочных желез;
- 2) внепротоковое поражение мелких протоков;
- 3) рак эпителия устьев млечных протоков;
- 4) поражение обеих молочных желез;
- 5) рак молочных желез с поражением яичников.

83. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К РАДИКАЛЬНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ 1) ПАЛЬПИРУЮТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЕ НАДКЛЮЧИЧНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ; 2) ОТЕК РУКИ НА ПОРАЖЕННОЙ СТОРОНЕ; 3) МАССИВНЫЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ (КАНЦЕРОМАТОЗНЫЙ ПЛЕВРИТ); 4) МЕТАСТАЗЫ В ЛЕГКОМ; 5) ИМЕЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ В ТЕЛЕ ПОЗВОНКОВ. ВЫБЕРИТЕ ВЕРНУЮ КОМБИНАЦИЮ

- 1) 1,2,3;
- 2) 3,4;
- 3) 1,5;
- 4) 1,4,5;
- 5) все верно.

84. НЕ ОБУСЛОВЛИВАЮТ РАЗВИТИЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- 1) гиперэстрогемия;
- 2) заболевания желудка;
- 3) нарушение лактации;
- 4) частые аборты;
- 5) дисфункция яичников.

85. К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ МЕТОД:

- 1) маммография;
- 2) контрастная маммография;
- 3) мезентереография;
- 4) термография;
- 5) цитологическое исследование пунктата.

### Ситуационные задачи.

Задача 1.

Больной 32 лет доставлен на третий день от начала заболевания. После приема алкоголя через четыре часа появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения, слабость. Состояние больного тяжелое, заторможен, склеры слегка иктеричны, пульс 110 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, при пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота, аускультативно перистальтика не определяется. Положительны симптомы Грей-Тернера, Кулена, Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона. Сиптом Щеткина-Блумберга отрицательный. Диастаза мочи 154 мг/с л.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какими специальными методами исследования диагноз можно уточнить?

3. Можно ли ограничиться выжидательной тактикой?
4. Какая консервативная терапия показана?
5. Показано ли оперативное лечение, когда и какое?

#### Задача 2.

Больной 32 лет четвертый день находится в хирургическом отделении с острым панкреатитом. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, положительной динамики в течении заболевания не отмечается. Температура 38, лейкоцитоз 18000, амилаза крови 22 мг/с л. Пульс 120 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, болезненный в эпигастрии и по правому боковому каналу. Здесь же положительные перитонеальные симптомы.

Перистальтика не выслушивается.

1. О каком осложнении можно думать?
2. В чем заключается оперативное пособие на поджелудочной железе?
3. Необходимо ли вмешательство на желчных путях?
4. Какие мероприятия необходимо провести перед зашиванием брюшной полости?
5. Какую консервативную терапию необходимо назначить в послеоперационном периоде?

#### Задача 3.

Больная 36 лет поступила на четвертый день от начала заболевания. Анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больной острый аппендицит. Но в правой подвздошной области отчетливо пальпируется плотное образование размерами 10-12 см, прилегающее к гребню подвздошной кости. Данное образование болезненное. Общее состояние больной удовлетворительное, перитонеальные симптомы отрицательные.

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза?
3. Показана ли консервативная терапия? Какая?
4. Показана ли операция? Когда и какая?
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

#### Задача 4.

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области послеоперационной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 ударов в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз 18000. В области раны воспалительной реакции нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие исследования следует применить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика при лечении этого осложнения?
4. Если показано оперативное лечение, то опишите технику операции?
5. Если показано консервативное лечение, то опишите какое?

#### Задача 5.

У больной на 9 сутки от начала заболевания и на 5 сутки после поступления в больницу с аппендикулярным инфильтратом усилились боли в правой подвздошной области.

Температура приняла гектический характер. Объективно: язык влажный, пульс 100 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат, который увеличился в размерах и стал более болезненным, над ним определяется положительный симптом Менделя. При исследовании прямой кишки пальцем наведения передней стенки не обнаружено.

1. Какое осложнение наступило у больной?
2. Какова тактика хирурга?
3. Если показано оперативное лечение, опишите методику операции.
4. Если показана консервативная терапия, перечислите направления.
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

#### Задача 6.

Больной 42 лет поступил по скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, стула нет, газы не отходят. Болен в течении суток. В анамнезе 4 года назад аппендэктомия. Состояние средней тяжести, беспокоен. PS-100 уд. в 1 мин. Язык сухой обложен белым налетом. Живот вздут, больше в мезогастррии, участвует в акте дыхания. При пальпации напряжен в мезогастррии, болезненный. Перитониальные симптомы отрицательные. Перкуторно: тимпанит в нижних отделах. Аускультативно: перистальтика ослаблена, "шум плеска".

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. Какие дополнительные исследования нужно провести?
3. В каком лечении больной нуждается?
4. Показания к оперативному лечению?

#### Задача 7.

Больная 68 лет поступила по скорой помощи спустя неделю от начала заболевания. Жалобы: на задержку стула, вздутие живота, ноющие боли по всему животу, газы не отходят. В течении последних двух лет беспокоят запоры, принимает слабительные. Состояние средней тяжести. PS-92 уд. в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, малоболезненный по ходу толстого кишечника. Перкуторно: тимпанит во всех отделах. Аускультативно перистальтика ослабленная, патологические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании ампула пустая. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести.
3. Какие специальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. В каком лечении больная нуждается?

#### Задача 8.

Больной Р. 18 лет, астенического телосложения доставлен из дома бригадой скорой помощи. 1,5 часа назад внезапно возникли сильные боли по всему животу, постоянные, резко усиливающиеся при малейшем движении, тошнота. Рвоты не было. Дыхание поверхностное. Язык влажный, живот не вздут, значительно напряжен во всех отделах, болезнен при пальпации в нижней половине, симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга положительны по всему животу, резко выражены в нижней половине.

Т-38,3оС, Пульс – 100 уд. В 1 мин., АД – 115/70, ЧДД – 20 в 1 мин.

Лейкоцитоз – 16\*10<sup>9</sup>/л, Общий анализ мочи – белок 0,033 г/л, Л- 2-4 в п/зр, Эр – нет. Болен трое суток. Ранее ничем не болел. Боли начались по всему животу, сопровождались тошнотой, через 10-12 часов уменьшились по интенсивности, локализовались в гипогастрии и правой подвздошной области, нарушений мочеиспускания

не было. Последующее время сохранялось недомогание, боли были незначительные, несколько усиливались при ходьбе, вечерами Т-37,2оС, стул учащен - 2 раза в день, неоформленным калом. Принимал таблетки Анальгин, No-Spa, Фталазол. За медицинской помощью не обращался.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. С какими заболеваниями требуется проведение дифференциальной диагностики?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Как может быть сформулировано обоснование показаний для операции?
5. Какая необходима предоперационная подготовка?
6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства?
7. Существует ли вероятность потребности в проведении последующих планируемых лапароскопий? Когда ставятся окончательные показания для их проведения?
8. Какие антибактериальные средства необходимо назначить?

#### Задача 9.

Больная З. 68 лет, ожирение 2 степени, страдающая инсулинозависимым сахарным диабетом средней тяжести. Утром на 7 день после грыжесечения по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи с резекцией 80 см подвздошной кишки с анастомозом "бок- в -бок" жалуется на недомогание, нерезкие боли по всему животу, тошноту, позывы на рвоту. О появлении болей в животе и ухудшении самочувствия с 15 часов накануне дежурному врачу не сообщила.

В послеоперационном периоде сброс по желудочному зонду застойного содержимого прекратился на 4 день, стул был скудный на 5 день после медикаментозной стимуляции и повторной очистительной клизмы.

После краткого, часто односложного ответа на вопросы закрывает глаза. Язык сухой, живот вздут, напряжение достоверно не определяется, болезнен во всех отделах, больше справа. Во всех отделах слабо положительные симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга, перистальтика резко ослаблена. П-116 в 1 мин., АД – 100/60 мм рт. ст., ЧДД – 24 в 1 мин. Лейкоцитоз – 9,2 \*10<sup>9</sup>/л, Глюкоза крови 16 ммоль/л. Утренняя порция мочи менее 50 мл. По зонду выделилось около 600 мл застойного содержимого.

1. О каком осложнении следует думать в этой ситуации? Как сформулировать клинический диагноз?
2. Что послужило причиной возникновения осложнения?
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какое мероприятие, проведенное во время операции по поводу кишечной непроходимости, может значительно снизить риск и тяжесть послеоперационных осложнений (пареза кишечника, несостоятельность анастомозов, послеоперационного перитонита)?
5. Какая необходима предоперационная подготовка?
6. Каков предполагаемый доступ и объем вмешательства? Существует ли вероятность потребности в проведении последующих планируемых лапароскопий? Когда ставятся окончательные показания для их проведения? Что является показанием к проведению планируемых лапароскопий?
7. Каков прогноз в данном случае?

#### Задача 10.

Больной С., 46 лет, доставлен бригадой скорой помощи. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, эпигастриальной области, правом подреберье, недомогание, одышку, ознобы, повышение Т0 до 38,70С ежедневно вечерами в течение недели. Болен около 2-х недель. О



характере болей в начале заболевания и о времени начала заболевания сообщить ничего не может - злоупотреблял алкогольными напитками.

Состояние тяжелое, среднего роста, астенического телосложения, бледен, кожа и склеры субиктеричны. Дыхание ослаблено в нижних отделах справа, имеются единичные влажные хрипы. Язык влажный, живот несколько вздут, в дыхании участвует, мягкий. Пальпаторно незначительно болезнен в правом подреберье и эпигастриальной области, где пальпируется инфильтрат или резко увеличенная печень (по Курлову - 22-11-10), верхняя граница на уровне 5 ребра. Перитонеальные симптомы отрицательны, симптомы острого холецистита положительны. Перистальтика удовлетворительная.

При обзорной рентгеноскопии справа незначительное количество жидкости в синусе, в брюшной полости под правым куполом диафрагмы определяется широкий (20-24см) уровень жидкости, остающийся в пределах инфильтрата в положении на левом боку. УЗИ - газ и жидкость в правом поддиафрагмальном пространстве, желчный пузырь с уплотненной стенкой, поджелудочная железа не увеличена, однородна по структуре, несколько уплотнена. ФГС - рубцовая деформация луковицы ДПК.

Т- 38,70, П-88 в 1 мин., АД - 120/90 мм.рт.ст., Л- 12,6\*109/л.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Требуется ли дополнительное обследование?
3. Каковы наиболее вероятные причины текущего состояния?
4. Как формулируются показания к хирургическому вмешательству?
5. Какая операция показана?
6. Какие вероятны осложнения?
7. Послеоперационное лечение?
8. Прогноз.

#### Задача 11.

Больной 64 лет доставлен через 4 часа после заболевания. В сознании, жалобы на резкие боли и опухоль в правой паховой области, появившиеся при приступе кашля, у больного с бронхитом курильщика. Была однократная рвота. При осмотре: в правой паховой области выше паховой связки имеется образование 10х6 см, при пальпации резко болезненное, туго эластичной консистенции, перкуторно под ним тимпанит. В остальных отделах живот мягкий, болезненный вокруг образования. При аускультации перистальтика усилена.

1. Какие дополнительные признаки вам необходимы для уточнения диагноза?
2. Какую лечебную тактику вы выберете?
3. Если вы решите больного оперировать, то в чем заключаются особенности оперативного вмешательства?
4. Какие приемы и манипуляции помогут вам в оценке сложившейся ситуации и избежании осложнений?
5. Окончательный клинический диагноз. Лечение, прогноз для жизни и трудоспособности?

#### Задача 12.

У больного 36 лет 2 часа назад внезапно появились резкие боли в эпигастрии, а затем по всему животу. В течение нескольких лет беспокоили изжога, периодически боли натошак. Не обследовался, не лечился. Состояние больного средней тяжести. Положение вынужденное с приведенными к животу ногами. Пульс 80 уд. в 1 мин. Живот в дыхании не участвует, напряжен, болезненность по всему животу. Симптом Щеткина положительн.

1. О каком заболевании вы думаете?
2. Какое осложнение наступило у больного?

3. Какие дополнительные исследования нужно провести?
5. В каком лечении больной нуждается?
6. Если вы решите больного оперировать, то какие операции возможны и чем обусловлен ваш выбор?

#### Задача 13.

Больной 43 лет, доставленный в срочном порядке, жалуется на боли в эпигастральной области и правой половине живота. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии. Была однократная рвота. Через час боли распространились в правую половину живота. Боли в эпигастрии стали не такими резкими. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, язык сухой. Живот напряжен болезненный в эпигастрии и больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен в эпигастрии, более резко в правой подвздошной области. Аппендикулярные симптомы положительны. Притупление в отлогих местах не выражено. Перистальтика кишечника резко ослаблена. Печеночная тупость сглажена.

1. О каком заболевании вы подумаете?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы необходимо использовать ?
4. Если вы считаете, что больного надо оперировать, то каким доступом вскроете брюшную полость и в чем будет заключаться операция?

#### Задача 14.

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту цвета "кофейной гущи", дважды был жидкий стул, кал черного цвета. Заболел 2 суток назад. Заболевание связывает с нарушением в питании и физической нагрузкой. В прошлом отмечает изжогу, боли в эпигастрии после приема алкоголя и грубой пищи. Не обследовался, не лечился. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледноватые. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий умеренная болезненность в эпигастрии. Вены брюшной стенки не расширены. Нв-70 г/л.

1. О каком осложнении вы подумали?
2. Что могло быть источником кровотечения?
3. Какие исследования необходимо провести для выяснения источника кровотечения?
4. Какие методики наряду с медикаментозной терапией существуют для остановки кровотечения?
5. Что может быть показанием к хирургическому вмешательству и какие операции применяются для остановки кровотечения?

#### Задача 15.

Больной 48 лет обратился с жалобами на общую слабость, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи, обильную рвоту съеденной пищей чаще в конце дня. Страдает язвенной болезнью в течение 10 лет. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы, произведено ушивание перфорации. Похудел за последние месяцы на 5 кг. Состояние средней тяжести. Обезвожен. При осмотре в эпигастрии отмечается выбухание брюшной стенки. Положителен симптом «шум плеска».

1. О каком осложнении язвенной болезни вы подумаете?
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие необходимо провести исследования для оценки состояния больного?
4. Какие методы коррекции внутренней среды необходимо провести?
5. Какое лечение показано больному? Если вы решите оперировать, то какие операции производятся при данном осложнении?

#### Задача 16.

У больного 25 лет после приема большой дозы алкоголя появилась многократная рвота. В начале рвотных массах были остатки съеденной пищи, светлая жидкость, затем появилась примесь алой крови. Ранее болей, связанных с приемом пищи, изжоги не было.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы слегка бледноватые. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный. Язык суховат. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии.

Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена. Нб-120 г/л.

1. О каком заболевании вы подумали?
2. Что могло быть наиболее возможным источником кровотечения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какие существуют методики для остановки кровотечения, если нет показаний к срочной операции?

#### Задача 17

Больной 73 лет, поступил в срочном порядке с жалобами на тупые боли в правом подреберье, желтуху, обесцвеченный кал. 3 дня назад были сильные боли в правом подреберье, которые значительно уменьшились после приема спазмолитиков. На следующий день после приступа болей появилась желтуха. Перитонеальных симптомов нет.

1. С какими заболеваниями нужно проверить дифференциальную диагностику?
2. План обследования больной?
3. План консервативной терапии, показания к операции?
4. Какие обязательные манипуляции будут проведены во время операции?

#### Задача 18.

Больная 60 лет, поступила в приемное отделение в срочном порядке с жалобами на сильную боль в эпигастрии иррадиирующую в правую лопатку, тошноту, многократную рвоту.

Заболела 6 часов назад после приема пищи. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Перитонеальные симптомы слабо положительные в правом подреберье.

1. Какие заболевания могут сопровождаться вышеуказанными симптомами?
2. Необходимый минимум лабораторных и инструментальных исследований для постановки диагноза?
3. План консервативной терапии, показания к операции,

#### Задача 19.

У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последние 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38 С, появилась желтуха. Боли в животе не усилились, явлений перитонита нет.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие лабораторные и инструментальные методы необходимы для постановки диагноза?
3. Имеются ли показания к лапароскопии?
4. Какова лечебная тактика?

#### Задача 20.

Больной 67 лет поступил с жалобами на умеренно выраженные боли и отечность в правой голени. Правая голень отечна, синюшна, отмечается "полнокровие" подкожных вен и умеренная болезненность на задней поверхности голени. Активные движения в пальцах и

чувствительность сохранены. Пульс на a. dorsalis pedis и a. tibialis post. ослаблен. Симптом Хоманса положителен.

1. Ваш диагноз?
2. Как подтвердить поставленный диагноз?
3. Дифференциальная диагностика?
4. План лечения?
5. Профилактика заболевания?

Задача 21.

Больная 36 лет поступила с жалобами на появляющуюся при ходьбе боль, чувство жара или жжения в нижней конечности, особенно в икроножных мышцах, повышение температуры до 37,8 С. Болеет вторые сутки. По ходу варикозно расширенных вен пальпируются плотные, болезненные тяжи, выступающие на поверхности гиперемированной, отечной кожи.

Регионарные паховые лимфоузлы уплотнены, увеличены, умеренно болезненны.

1. Ваш диагноз?
2. План дополнительного обследования?
3. Показана ли флебэктомия в настоящее время?
4. Производятся ли при этом заболевании операции?
5. В чем заключается консервативное лечение?

### **Перечень практических навыков для подготовки к зачёту по клинической практике**

Правильно провести обследование больного

1. Сбор анамнеза.
2. Внешний осмотр больного.
3. Пальпация молочной железы.
4. Определение пульсации на периферических артериях нижних конечностей.
5. Исследование пульса.
6. Осмотр и пальпация живота.
7. Перкуссия и пальпация печени, селезенки.

Знать технику выполнения врачебных манипуляций:

1. Техника и правила переливания крови и кровезаменителей.
2. Определение групп крови Rh-фактора с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток
3. Определение группы крови и Rh-фактора с помощью цоликлонов
4. Техника переливания препаратов крови, показания, пробы
5. Подготовка больного к рентгенологическому и ультразвуковому исследованию желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта
6. Ректальное исследование в диагностике острых заболеваний органов брюшной полости. Техника. Интерпретирование полученных результатов
7. Техника пальцевого обследования наружного пахового кольца и интерпретация полученных результатов
8. Промывание желудка, кишечника .
9. Зондирование желудка
10. Клизмы очистительные, сифонные, лечебные
11. Наложить кровоостанавливающий жгут на бедро при кровотечении из бедренной артерии

12. Катетеризация мочевого пузыря резиновым и металлическим катетерами. Показания. Техника. Осложнения
13. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин. Показания. Техника. Возможные осложнения и способы их профилактики.
14. Техника выполнения паранефральной блокады. Показания. Осложнения
15. Иммобилизация конечности при закрытом переломе.
16. Методика проведения плевральной пункции. Показания. Осложнения
17. Гастростомия. Показания. Способы. Осложнения.
18. Холецистостомия. Показания. Методы. Техника. Подобрать инструменты к холецистостомии
19. Лапароцентез. Показания. Подобрать инструменты. Осложнения. «Шарящий» катетер в неотложной хирургии брюшной полости. Показания. Техника. Осложнения.

Уметь интерпретировать данные обследований

1. Чтение и клиническая интерпретация рентгенограмм, данных рентгенконтрастных методов исследования.
2. Клиническая оценка данных УЗИ внутренних органов.
3. Оценка данных эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии, бронхоскопии, лапораскопии.

Клиническая интерпретация

1. общего анализа крови;
2. общего анализа мочи (анализов по Зимницкому, Нечипоренко);
3. анализа желудочного содержимого;
4. анализа дуоденального содержимого;
5. биохимических анализов крови

Уметь оказать неотложную помощь

1. Неотложная помощь при кровотечении у больных с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и синдромом Мэллори-Вейса.
2. Неотложная помощь при декомпенсированном стенозе привратника.
3. Неотложная помощь при ректальном кровотечении.
4. Неотложная помощь больному при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.
5. Неотложная помощь больному с механической желтухой.
6. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением паренхиматозных органов.
7. Неотложная помощь при тупой травме живота с повреждением полых органов.
8. Неотложная помощь при остром панкреатите.
9. Неотложная помощь больному с желчной коликой.
10. Неотложная помощь больным с копростазом.
11. Неотложная помощь при прободении язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
12. Эвентрация. Основные причины. Клиника. Диагностика. Лечение и профилактика.
13. Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости (в том числе и при динамической).

Уметь оформить основные формы медицинской документации:

1. истории болезни
2. листы назначений хирургическим пациентам