


Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		



**УТВЕРЖДЕНО**  
 решением Ученого совета ИМЭиФК УлГУ  
 от «16» мая 2024 г., протокол № 10/260  
 Председатель В.В. Машин  
*(подпись, расшифровка подписи)*  
 «16» мая 2024 г.

### ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)

Дисциплина	Факультетская хирургия
Факультет	Медицинский
Кафедра	Факультетской хирургии
Курс	IV

Направление (специальность) 31.05.02 – Педиатрия  
*код направления (специальности), полное наименование*

Направленность (профиль/специализация) \_\_\_\_\_  
*полное наименование*

Форма обучения очная

Дата введения в учебный процесс УлГУ: «1» сентября \_\_\_\_\_ 2024 г.

ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ФОС актуализирован на заседании кафедры: протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.


Сведения о разработчиках:

ФИО	Кафедра	Должность, ученая степень, звание
Исаев Дмитрий Николаевич	Кафедра факультетской хирургии	к.м.н., доцент

СОГЛАСОВАНО	СОГЛАСОВАНО
Заведующий кафедрой, реализующей дисциплину-заведующий кафедрой факультетской хирургии	Заведующий выпускающей кафедрой госпитальной терапии
 /А.Ю. Возженников/ Подпись / ФИО «16» 05 2024 г.	 / И.Л. Соловьёва / Подпись / ФИО «16» 05 2024 г.

## 1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОПОП

№ семестра	Наименование дисциплины (модуля)		Индекс компетенции	
			ОПК-4	ПК-1
5,6	Б1.О.29	Патологическая анатомия		+
5,6	Б1.О.38	Пропедевтика внутренних болезней	+	+
5	Б1.О.42	Общая хирургия	+	+
6,7	Б1.О.43	Топографическая анатомия и оперативная хирургия	+	+
5,6	Б1.О.65	Пропедевтика детских болезней		+
8	Б1.О.44	Стоматология	+	
7,8	Б1.О.45	Неврология, медицинская генетика		+
<b>7,8</b>	<b>Б1.О.46</b>	<b>Факультетская хирургия</b>	+	+
8	Б1.О.47	Офтальмология	+	+
7	Б1.О.48	Оториноларингология		+
7	Б1.О.49	Дерматовенерология		+
7	Б1.О.54	Лучевая диагностика	+	
11	Б1.О.55	Онкология, лучевая терапия		+
7,8	Б1.О.56	Факультетская терапия, профессиональные болезни		+
12	Б1.О.57	Фтизиатрия		+
9	Б1.О.58	Госпитальная терапия		+
9	Б1.О.60	Госпитальная хирургия	+	+
10	Б1.О.61	Травматология и ортопедия	+	+
11,12	Б1.О.62	Детская хирургия, детская урология	+	
11	Б1.О.64	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия	+	
7,8	Б1.О.66	Факультетская педиатрия, эндокринология	+	+
8	Б1.О.67	Неонатология		+
9,10	Б1.О.69	Поликлиническая и неотложная педиатрия		+
2	Б1.В.01	Эмбриональное развитие тканей организма		+
5	Б1.В.02	Психология и педагогика врачебной деятельности		+
7	Б1.В.05	Профессиональный электив. Навыки коммуникативного общения.		+
8	Б1.В.07	Клиническая электрокардиография		+
8	Б1.В.08	Нейрохирургия		+
9	Б1.В.09	Сочетанная травма		+
9	Б1.В.10	Андрология		+
9	Б1.В.ДВ.03.02	Психотерапия и психокоррекция		+
9	Б1.В.ДВ.03.03	Паллиативная медицина		+
10	Б1.В.ДВ.04.01	Диабетология и неотложная эндокринология		+
10	Б1.В.ДВ.04.02	Современные проблемы невынашивания беременности		+
12	Б1.В.ДВ.05.01	Хирургическая гастроэнтерология и эндоскопия		+
12	Б1.В.ДВ.05.02	Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза		+
9	Б1.В.ДВ.06.02	Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции		+
9	Б1.В.ДВ.06.03	Клиническая патологическая анатомия		+
12	Б1.В.ДВ.06.01	Экстремальная медицина		+
12	Б1.О.34	Иммунология		+
12	Б3.01(Г)	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена		+
5	ФТД.01	Биопсихосоциальный подход к медицинской реабилитации		+
7,8	ФТД.02	Практическое применение Международной классификации функционирования в реабилитации при различной патологии		+
2	Б2.О.01(У)	Уход за больными терапевтического профиля	+	

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

2	Б2.О.02(У)	Уход за больными хирургического профиля	+	
4	Б2.О.05(П)	Помощник палатной медицинской сестры	+	
6	Б2.О.06(У)	Общеклиническая диагностическая		+
6	Б2.О.07(П)	Сестринское дело	+	
8	Б2.О.09(П)	Клиническая практика (Помощник врача терапевта, хирурга, акушера)		+
10	Б2.О.10(У)	Инструментальная диагностика в педиатрии	+	
10	Б2.О.13(П)	Помощник врача скорой и неотложной медицинской помощи		+
12	Б2.О.12(У)	Симуляционный курс (Профессиональные навыки врача-педиатра)	+	

## 2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций		
			знать	уметь	владеть
1	<b>ОПК-4</b>	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	основные современные медицинские изделия, инструменты и аппараты. Методы клинического исследования больного. Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов, их возможности в обосновании клинического диагноза.	выбирать и использовать нужные медицинские изделия для оказания необходимой медицинской помощи. Выполнять наиболее распространенные медицинские (в том числе и врачебные), диагностические и лечебные процедуры с целью постановки правильно диагноза.	навыками использования основных медицинских изделий. Методами клинического, лабораторного и инструментального обследования ребенка.
2	<b>ПК-1</b>	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	диагностическое значение изменений, выявленных при клиническом исследовании больного и при проведении лабораторно-инструментальной диагностики, патологоанатомических и иных исследований.	проводить опрос, физикальное исследование больного; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальной диагностики и использовать их для обоснования клинического диагноза; интерпретировать данные патологоанатомических и иных исследований.	методами клинического исследования больного, интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, обоснованием предварительного и клинического диагноза; навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней.

### 3. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)

№ п/п	Контролируемые модули/разделы/темы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или ее части)	Оценочные средства		Технология оценки (способ контроля)
			наименование	№№ заданий	
1	<b>Раздел 1.</b> Заболевания щитовидной железы. Рак щитовидной железы.	ОПК-4	Тесты	1-15	Тестовый контроль, устный ответ. Решение задач.
			вопросы к экзамену	1-11	
			задачи	28	
		ПК-1	Тесты	16-32	
			вопросы к экзамену	1-11	
			задачи	34	
2	<b>Раздел 2.</b> Заболевание органов дыхания.	ОПК-4	Тесты	33-53	Тестовый контроль, устный ответ. Решение задач.
			вопросы к экзамену	12-21	
			задачи	8,9, 13-20	
		ПК-1	Тесты	54-90	
			вопросы к экзамену	12-21	
			задачи	23,24,27	
3	<b>Раздел 3.</b> Заболевание органов кровообращения.	ОПК-4	Тесты	91-130	Тестовый контроль, устный ответ. Решение задач.
			вопросы к экзамену	13-43	
			задачи	14,15	
		ПК-1	Тесты	131-167	
			вопросы к экзамену	13-43	
			задачи	16,17,18	
4	<b>Раздел 4.</b> Заболевание органов брюшной полости	ОПК-4	Тесты	168-180	Тестовый контроль, устный ответ. Решение задач.
			вопросы к экзамену	44-88	
			задачи	1,2,4-7,11	
		ПК-1	Тесты	181-199	
			вопросы к экзамену	44-88	
			задачи	12,19,21-22	
5	<b>Раздел 5.</b> Заболевание брюшной стенки.	ОПК-4	Тесты,	200-225	Тестовый контроль, устный ответ. Решение задач.
			вопросы к экзамену	89-100	
			задачи	3,25	
		ПК-1	Тесты	226-246	
			вопросы к экзамену	89-100	
			задачи	29,33	
6	<b>Раздел 6.</b> Перитонит.	ОПК-4	Тесты	247-260	Тестовый контроль, устный ответ.
			вопросы к экзамену	101-102	

			задачи	26,30	Решение задач.
		ПК-1	Тесты	261-275	
			вопросы к экзамену	101-102	
			задачи	31,32	
7	<b>Раздел 7.</b> Симуляционное обучение	ОПК-4	Работа и применение медицинских изделий, инструментов, аппаратуры, симуляторов.	-	Работа в симуляционном центре, устный опрос, оценка практических навыков
		ПК-1	Объективный осмотр и анализ полученных данных		
8	<b>Раздел 8.</b> Самостоятельная работа под контролем преподавателя	ОПК-4	Реферат История болезни	1-20 +	Дискуссионная защита истории болезни и реферата
		ПК-1	Реферат История болезни	1-20 +	

#### 4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ, КОНТРОЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

##### 4.1 Тесты (тестовые задания) для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)	А Б В Г Д
<b>Раздел 1. Заболевания щитовидной железы. Рак щитовидной железы.</b>			
ОПК-4	1.	Больной, 41 года, поставлен диагноз: узловой эутиреоидный зоб II ст. В правой доле щитовидной железы у больной имеется солитарный узел, размером до 2 см. Нельзя исключить возможность рака щитовидной железы. Какое исследование можно выполнить, с целью верификации диагноза? { ~УЗИ щитовидной железы. ~Сканирование щитовидной железы с изотопом йода. ~Рентген щитовидной железы. =Игольная биопсия с цитологическим и гистохимическим исследованием. ~Такого исследования не существует. }	

ОПК-4	2.	Пациентка, 24 года, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования в области шеи, сердцебиение, перебои в сердце, повышенную утомляемость, раздражительность, похудание. При объективном осмотре – имеется экзофтальм, тремор кончиков пальцев. Пульс – 100 уд. в мин., редкие экстрасистолы. АД – 130/80 мм. рт. ст. Для уточнения диагноза необходимо выполнить следующие исследования, кроме: { ~Определение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ. =Тест с приемом большой дозы L-тироксина. ~УЗИ щитовидной железы. ~Изотопное сканирование щитовидной железы. ~ЭКГ. }
ОПК-4	3	При тиреотоксическом кризе необходимо назначить: { ~обильное питье =преднизолон ~адреноблокаторы ~парацетамол ~глюконаткальция }
ОПК-4	4	Для дифференциальной диагностики «узловых» поражений щитовидной железы используют: { ~Лимфографию, ультразвуковое исследование ~Сцинтиграфию, пункцию ~Компьютерную томографию, сцинтиграфию =Ультразвуков исследование, пункцию, гормональное исследование ~Гормональное исследование }
ОПК-4	5	Укажите наиболее частую причину тиреотоксикоза: { ~Тиреотоксическая аденома ~Аутоиммунный тиреоидит =Диффузный токсический зоб ~Многоузловой зоб ~Зоб Риделя }
ОПК-4	6	Щитовидная железа секретирует гормоны: { ~Тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин =Тироксин, трийодтиронин, тиреокальцитонин ~Тироксин, паратгормон, тиролеберин ~Трийодтиронин, тироксин ~Д. Тироксин, трийодтиронин, паратгормон, тиреокальцитонин }
ОПК-4	7	Объем хирургического вмешательства при аутоиммунном тиреоидите: { =Тиреоидэктомия ~Субтотальная резекция щитовидной железы ~Гемитиреоидэктомия ~Субтотальная резекция доли ~Тиреоидэктомия + лимфаденэктомия }
ОПК-4	8	Показаниями к операции при аутоиммунном тиреоидите являются: {

		<ul style="list-style-type: none"> <li>~Прогрессирующий гипотиреоз</li> <li>~Прогрессирующий тиреотоксикоз</li> <li>~Уменьшение в размерах щитовидной железы</li> <li>=Признаки компрессии окружающих тканей</li> <li>~Эутиреоидное состояние</li> </ul>
ОПК-4	9	Специфическим осложнением тиреоидэктомии является: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~А). Нагноение раны</li> <li>~Тиреоидит оставленного остатка щитовидной железы</li> <li>=В). Парез возвратных нервов</li> <li>~Лимфоррея</li> <li>~Гиперкальциемический криз</li> </ul>
ОПК-4	10	Операцией выбора при фолликулярной аденоме является: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~Тиреоидэктомия</li> <li>~ Субтотальная резекция доли.</li> <li>~Субтотальная резекция щитовидной железы</li> <li>=Гемитиреоидэктомия</li> <li>~Энуклеация узла</li> </ul>
ОПК-4	11	Для исключения функциональной автономии при узловом зобе применяют: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~Ультразвуковое исследование</li> <li>~Исследование уровня тиреоидных гормонов</li> <li>=Сцинтиграфию</li> <li>~Тонкоигольную биопсию</li> <li>~Лимфографию</li> </ul>
ОПК-4	12	К недифференцированным формам рака щитовидной железы относят: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~Папиллярный рак</li> <li>~Фолликулярный рак</li> <li>=Анапластический рак</li> <li>~Зоб де Кервена</li> <li>~Зоб Риделя</li> </ul>
ОПК-4	13	Метод выбора лечения кисты щитовидной железы является: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~Резекция доли щитовидной железы</li> <li>~Энуклеация кисты</li> <li>~Гемитиреоидэктомия</li> <li>~Субтотальная резекция щитовидной железы</li> <li>=Пункция и склерозирование кисты</li> </ul>
ОПК-4	14	Верхние щитовидные артерии отходят от: { <ul style="list-style-type: none"> <li>~Общих сонных артерий</li> <li>~Правая от наружной, левая от внутренней сонной артерии</li> <li>=Наружных сонных артерий</li> <li>~Внутренних сонных артерий</li> <li>~Подключичных артерий</li> </ul>
ОПК-4	15	Показаниями к операции при остром тиреоидите является: { <ul style="list-style-type: none"> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>~Увеличение щитовидной железы и гипертермия</li> <li>=Абсцедирование щитовидной железы</li> <li>~Присоединение признаков тиреотоксикоза</li> <li>~Присоединение признаков компрессии</li> <li>~Выраженный гипотиреоз</li> </ul>
ПК-1	16	<p>Цель операции при хроническом тиреоидите: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~устранение причины аутоиммунной реакции;</li> <li>~устранение болей в области шеи;</li> <li>~предотвращение малигнизации;</li> </ul> <p>=устранение компрессии трахеи и пищевода;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~ликвидация тиреотоксикоза.</li> </ul>
ПК-1	17	<p>Больной 24 лет страдает тиреотоксикозом IV ст. Каков оптимальный объем оперативного вмешательства? {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~Тиреоидэктомия</li> </ul> <p>=Субтотальная, субфасциальная тиреоидэктомия по О.В.Николаеву</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~Резекция правой доли щитовидной железы.</li> <li>~Экстирпация щитовидной железы</li> <li>~Резекция перешейка щитовидной железы.</li> </ul>
ПК-1	18	<p>При операциях на щитовидной железе может возникнуть (выбрать неправильный ответ): {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~кровотечение;</li> <li>~воздушная эмболия;</li> </ul> <p>=жировая эмболия;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~~ повреждение трахеи.</li> </ul>
ПК-1	19	<p>Наиболее частым осложнением операции субтотальной струмэктомии является: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~повреждение возвратного нерва;</li> <li>~рецидив тиреотоксикоза;</li> <li>~тетания;</li> </ul> <p>=гипотиреоз;</p>
ПК-1	20	<p>Определите показания к хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) кахектическая стадия тиреотоксического зоба;</li> <li>2) узловой эутиреоидный зоб;</li> <li>3) висцеропатическая стадия тиреотоксического зоба;</li> <li>4) диффузный эутиреоидный зоб IV степени,</li> <li>5) невротическая стадия диффузного тиреотоксического зоба.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~1, 3, 5;</li> <li>~1, 2, 3;</li> <li>=1, 2, 3, 4;</li> <li>~1, 2;</li> <li>~1, 2, 3, 4, 5.</li> </ul>
ПК-1	21	<p>Определите оптимальный вариант лечения узлового зоба: {</p>



		<p>~консервативное лечение тироксином;  ~иссечение узла со срочным гистологическим исследованием;  ~выполнить энуклеацию;  ~произвести субтотальную струмэктомию;  =показана гемиструмэктомия с резекцией перешейка щитовидной железы.  }</p>
ПК-1	22	<p>Идеальным лечением одиночного "холодного" узла в щитовидной железе при его росте является: {  ~назначение терапии нормализующей функцию щитовидной железы и наблюдение за ростом узла;  ~назначение антигипертиреозной терапии;  =гемитиреоидэктомия;  ~клиновидная резекция щитовидной железы;  ~экстирпация щитовидной железы.  }</p>
ПК-1	23	<p>Показанием к операции при узловом зобе является (выбрать неправильный ответ): {  ~сдавление трахеи и пищевода;  ~развитие тиреотоксикоза;  ~риск развития тиреоидита;  ~возможность малигнизации;  =косметический дефект  }</p>
ПК-1	24	<p>При операциях на щитовидной железе может возникнуть (выбрать неправильный ответ): {  ~кровотечение;  ~воздушная эмболия;  =жировая эмболия;  ~повреждение трахеи.  }</p>
ПК-1	25	<p>При тиреотоксическом кризе необходимо назначить: {  ~обильное питье  ~адреномиметики  ~адреноблокаторы  ~парацетамол  =преднизолон  }</p>
ПК-1	26	<p>У больного, 34 года, в послеоперационном периоде развился тиреотоксический криз. Больной оперирован по поводу диффузно-токсического зоба. В связи с чем необходимо применять все перечисленное, КРОМЕ: {  ~Кортикостероидов.  ~Сердечных средств.  ~С). Жаропонижающих.  ~Внутривенного введения глюкозо-новокаиновой смеси.  =E). Антикоагулянтов.  }</p>
ПК-1	27	<p>Терапевтическая доза мерказолила составляет: {  ~5мг.  }</p>

		<p>~5-10мг. ~10-30 мг. =30-60 мг. ~60-100 мг. }</p>
ПК-1	28	<p>У больной после операции струмэктомии возникли судороги, симптом Chvostek, симптомTrousseau. Какое осложнение у больной? { ~гипотиреоз; ~тиреотоксический криз; ~травма гортанных нервов; =гипопаратиреоз; }</p>
ПК-1	29	<p>Специфическим осложнением тиреоидэктомии является: { ~А). Нагноение раны ~Тиреоидит оставленного остатка щитовидной железы =В). Парез возвратных нервов ~Лимфоррея ~Гиперкальциемический криз }</p>
ПК-1	30	<p>При тиреотоксическом кризе характерны симптомы: { ~профузный понос ~рвота ~бред ~температура тела до 40 =все верно }</p>
ПК-1	31	<p>У больной после операции струмэктомии возникли судороги, симптом Chvostek, симптомTrousseau. Какой препарат необходимо назначить? { ~Кортикостероидов. ~Сердечных средств. ~С). Жаропонижающих. ~Внутривенного введения глюкозо-новокаиновой смеси. =Е). Глюконат кальция }</p>
ПК-1	32	<p>Осложнением эндемического зоба требующим немедленного оперативного лечения относится: { ~Пульмонит ~Эндофтальм =Трахеомаляция ~Узловой зоб ~Смешанный зоб }</p>
<b>Раздел 2. Заболевания органов дыхания.</b>		
ОПК-4	33	<p>Окклюзионная повязка применяется при: { ~переломах ребер =открытом пневмотораксе ~капиллярном кровотечении ~повреждении мягких тканей</p>

		~гемотораксе }
ОПК-4	34	Активный дренаж плевральной полости не показан при { ~гемотораксе, вследствие перелома ребер ~рецидивирующем гемотораксе ~эмпиеме плевры =нижнедолевой пневмонии ~гемотораксе }
ОПК-4	35	Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является { ~бронхоскопия ~анализ мокроты =трансторакальная игловая биопсия ~КТ грудной полости ~гемотораксе }
ОПК-4	36	В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести { ~бронхоскопию =трансторакальную игловую биопсию ~катетеризационную биопсию при бронхоскопии ~повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки ~гемотораксе }
ОПК-4	37	Для выявления бронхоэктазов ведущее значение имеет: { ~рентгенография легких =томография ~бронхография ~бронхоскопия ~гемотораксе }
ОПК-4	38	Достоверным признак легочного кровотечения { ~выделение крови изо рта ~наличие экссудата в плевральной полости =наличие крови в бронхах при бронхоскопии ~анемия ~гемотораксе }
ОПК-4	39	Метод верификации диагноза при синдроме средней доли { ~фибробронхоскопия с биопсией ~компьютерная томография ~боковая томография ~бронхография ~гемотораксе }
ОПК-4	40	Признаками экссудата при пункции плевральной полости будут: { ~положительная проба Эфендиева ~кол-во белка более 3 г/л ~кол-во нейтрофилов более 80%

		=все перечисленные признаки ~гемотораксе }
ОПК-4	41	Потерпевший В. 25 лет. после автодорожного происшествия. Беспокоит боль в грудной клетке, одышка. Объективно: состояние тяжелое, Рс 120 за 1 мин., АД 90/70 мм рт. ст. Патологическая подвижная отломков III-V ребер справа. Перкуторно над легким справа – коробочный звук, дыхание справа не выслушивается. Какое обследование в первую очередь Вы назначите? { ~Торакоскопию. ~Бронхоскопию. ~Пункцию плевральной полости. ~УЗД органов грудной клетки. =Рентгенографию органов грудной клетки. }
ОПК-4	42	Определение голосового дрожания проводится методом { ~аускультации ~осмотра =пальпации ~перкуссии }
ОПК-4	43	Глубокое шумное редкое дыхание — это дыхание { ~Биота ~Грокка ~Куссмауля =Чейна-Стокса }
ОПК-4	44	Левая граница сердца образуется { ~верхушкой правого желудочка ~верхушкой левого желудочка ~левым предсердием =левым предсердием и желудочком }
ОПК-4	45	Ранняя диагностика рака легкого возможна при { ~исследовании внешнего дыхания ~исследовании газового состава крови ~аускультации и перкуссии =массовой флюорографии }
ОПК-4	46	Основным рентгенологическим признаком центрального рака легкого является: { ~наличие округлой тени в легком ~наличие "дорожки" к корню легкого =ателектаз ~высокое стояние диафрагмы }
ОПК-4	47	Все нижеперечисленные утверждения относительно бронхоэктатической болезни верны, КРОМЕ: { ~При аускультации легких можно обнаружить неравномерное

		<p>«мозаичное» дыхание</p> <p>~Характерна преимущественно нижнедолевая локализация процесса</p> <p>=Начиная с 20 лет, частота поражения правого и левого легкого выравнивается</p> <p>~Цилиндрические и веретенообразные бронхоэктазы характерны для поражения мелких бронхов, а мешотчатые - для более крупных</p> <p>~В возрасте до 10 лет бронхоэктазы у мальчиков и девочек обнаруживаются одинаково часто</p> <p>}</p>
ОПК-4	48	<p>Все нижеперечисленные утверждения относительно гангрены легкого верны, КРОМЕ: {</p> <p>~Обычно поражается доля, две доли легкого или все легкое</p> <p>~В случае безуспешности консервативной терапии больные с гангреной легких подлежат оперативному лечению</p> <p>=На рентгенограммах определяется инфильтрация легочной ткани в виде фокусной (округлой) тени</p> <p>~При аскультации выслушивается большое количество разнокалиберных хрипов</p> <p>~При отстаивании мокрота делится на 3 слоя: верхний - жидкий, средний - серозный, нижний - густой, состоящий из крошковидной массы и обрывков легочной ткани</p> <p>}</p>
ОПК-4	49	<p>К моментальному летальному исходу при производстве плевральной пункции и введении антибиотиков в плевральную полость, могут привести {</p> <p>~внутриплевральное кровотечение</p> <p>~болевого шок</p> <p>=анафилактический шок</p> <p>~жировая эмболия головного мозга</p> <p>}</p>
ОПК-4	50	<p>При гангрене, поражающей одну из долей легкого, рекомендуется {</p> <p>=лобэктомия</p> <p>~введение антибиотиков в легочную артерию</p> <p>~ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп</p> <p>~интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков</p> <p>}</p>
ОПК-4	51	<p>При каком пневмотораксе показана срочная пункция плевральной полости: {</p> <p>~открытом</p> <p>~закрытом</p> <p>=напряженном</p> <p>~клапанном</p> <p>~гемопневмотораксе</p> <p>}</p>
ОПК-4	52	<p>Исход лечения эмпиемы плевры без бронхоплеврального свища определяется характером: {</p> <p>=изменений висцеральной плевры</p> <p>~количеством гноя в плевральной полости</p> <p>~изменением париетальной плевры</p> <p>~изменением легочной ткани</p> <p>}</p>

		~микрофлоры }
ОПК-4	53	Неспецифическую острую эмпиему плевры вызывают: { ~пневмококки ~стрептококки =стафилококки ~синегнойная палочка ~грамотрицательные микроорганизмы }
ПК-1	54	Временная окклюзия бронхиального дерева при острой эмпиеме с бронхоплевральным свищем выполняется с целью: { ~санации бронхиального дерева =закрытия бронхоплеврального сообщения ~предупреждения аспирации гноя ~предупреждения распространения инфекции ~искусственная вентиляция легких }
ПК-1	55	Показанием к экстренному оперативному лечению при острой эмпиеме и пиопневмотораксе не является: { ~профузное легочное кровотечение =невозможность исключить рак легкого ~напряженный пиопневмоторакс ~переход процесса на переднюю грудную стенку ~искусственная вентиляция легких }
ПК-1	56	Первая врачебная помощь при открытом наружном пневмотораксе: { ~трубчатый дренаж плевральной полости ~наложение окклюзионной повязки =наложение окклюзионной повязки и активное отсасывание воздуха ~наложение асептической повязки ~искусственная вентиляция легких }
ПК-1	57	Лечение больного с пиопневмотораксом начинается с ~противовоспалительного лечения ~с вагосимпатической блокады ~плевральной пункции =дренирования плевральной полости с постоянным промыванием ее ~назначения антибиотиков }
ПК-1	58	Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяется { ~пневмотомия ~клиновидная резекция легкого =пневмоэктомия ~лобэктомия ~назначения антибиотиков }
ПК-1	59	У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективно применение у него { ~гемостатической терапии

		<ul style="list-style-type: none"> <li>~наложение искусственного пневмоторакса</li> <li>~наложение пневмоперитонеума</li> <li>=радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого</li> <li>~назначения антибиотиков</li> </ul>
ПК-1	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют {</li> <li>=бронхиальный свищ</li> <li>~дыхательная гимнастика</li> <li>~дренаж плевральной полости</li> <li>~рентгенография органов грудной клетки</li> <li>~пожилой возраст</li> </ul>
ПК-1	61	<ul style="list-style-type: none"> <li>Местами для пункции и санации плевральной полости при тотальной эмпиеме плевры являются: {</li> <li>~ второе межреберье по среднеключичной линии</li> <li>~ шестое межреберье по средней подмышечной линии</li> <li>~ седьмое межреберье по задней подмышечной линии</li> <li>=~ обязательно из двух точек вверху по среднеключичной линии и внизу по подмышечной линии</li> <li>~ назначения антибиотиков</li> </ul>
ПК-1	62	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ведение больного с абсцессом легкого, резистентного к антибиотикам должно включать все нижеперечисленные манипуляции, КРОМЕ: {</li> <li>~Лобэктомии</li> <li>~Открытого дренирования</li> <li>=Дренирования плевральной полости с использованием клапанного дренажа</li> <li>~Внутриполостного введения антибиотиков</li> <li>~Бронхоскопического эндобронхиального дренирования</li> </ul>
ПК-1	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все нижеперечисленные утверждения относительно абсцесса легкого верны, КРОМЕ: {</li> <li>~В 60 % поражается правое легкое, в 34 % - левое</li> <li>~В клинической картине можно выделить три периода: до прорыва, период прорыва и после прорыва абсцесса в бронх.</li> <li>~Наиболее частыми осложнениями легочных нагноений являются пиопневмоторакс, поражение противоположного легкого и легочное кровотечение.</li> <li>=Типично расположение абсцессов в S<sub>2</sub> и S<sub>6</sub>.</li> <li>~Развивается преимущественно у мужчин</li> </ul>
ПК-1	64	<ul style="list-style-type: none"> <li>Причина более тяжелого течения нагноительных процессов в легких по сравнению с другими областями? {</li> <li>~Многокомпонентная инфекция</li> <li>~Плохая эвакуация гнойного содержимого</li> <li>=Шунтирование малого круга кровообращения</li> <li>~Реакция плевры на нагноительный процесс</li> </ul>
ПК-1	65	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечебная тактика при остром абсцессе легкого: {</li> <li>=Применение антибиотиков</li> <li>~Постуральное положение больного</li> </ul>



		~Общеукрепляющее лечение ~Паллиативная операция типа пневмотомии ~Резекция легкого }
ПК-1	66	Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются все, кроме: { ~бронхиальный свищ, эмпиема плевры ~внутриплевральное кровотечение =бронхоэктазы ~сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких ~консультации торакального хирурга }
ПК-1	67	Местами для пункции и санации плевральной полости при тотальной эмпиеме плевры являются: { ~второе межреберье по среднеключичной линии ~шестое межреберье по средней подмышечной линии ~седьмое межреберье по задней подмышечной линии =обязательно из двух точек вверху по среднеключичной линии и внизу по подмышечной линии ~назначения антибиотиков }
ПК-1	68	Лечебная тактика при остром абсцессе легкого: { =Применение антибиотиков ~Постуральное положение больного ~Общеукрепляющее лечение ~Паллиативная операция типа пневмотомии ~Резекция легкого }
ПК-1	69	У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективно применение у него { ~гемостатической терапии ~наложение искусственного пневмоторакса ~наложение пневмоперитонеума =радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого ~ назначения антибиотиков }
ПК-1	70	Во время осмотра потерпевшего после дорожно-транспортного приключения наблюдается цианоз, затрудненное дыхание. Состояние больного тяжелое. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Межреберные промежутки справа расширены, во время перкуссии – справа коробочный звук, отсутствие дыхания во время аускультации. Какой наиболее вероятный диагноз? { ~Острый гнойный плеврит ~Открытый пневмоторакс ~Пневмоперитонеум =Клапанный пневмоторакс ~Тотальный гемоторакс справа }
ПК-1	71	Мужчина 36 лет, упал с высоты 2-х метров на правую сторону грудной

		<p>клетки, после чего возникла боль в грудной клетке справа, одышка. Объективно: состояние больного крайне тяжелое, выраженная бледность кожных покровов, пульс на периферических артериях не определяется, на сонной артерии – ритмичный, 130 за 1 мин., АД 60/20 мм рт. ст. При аускультации: в легких справа дыхание резко ослаблено на всем протяжении, слева – везикулярное. При перкуссии – тупой звук на всем протяжении правого легочного поля. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? {</p> <p>~Тотальный правосторонний гемоторакс.  ~Травматический ушиб легкого  =Правосторонний пневмоторакс  ~Разрыв правого бронха  ~Разрыв диафрагмы  }</p>
ПК-1	72	<p>Потерпевший В. 25 лет. после автодорожного происшествия. Беспокоит боль в грудной клетке, одышка. Объективно: состояние тяжелое, Ps 120 за 1 мин., АД 90/70 мм рт. ст. Патологическая подвижная отломков III-V ребер справа. Перкуторно над легким справа – коробочный звук, дыхание справа не выслушивается. Какое обследование в первую очередь Вы назначите? {</p> <p>~Торакоскопию.  ~Бронхоскопию.  ~Пункцию плевральной полости.  ~УЗД органов грудной клетки.  =Рентгенографию органов грудной клетки.  }</p>
ПК-1	73	<p>Активный дренаж плевральной полости не показан при {</p> <p>~гемотораксе, вследствие перелома ребер  ~рецидивирующем гемотораксе  ~эмпиеме плевры  =нижнедолевой пневмонии  Гемотораксе  }</p>
ПК-1	74	<p>Окклюзионная повязка применяется при: {</p> <p>~переломах ребер  =открытом пневмотораксе  ~капиллярном кровотечении  ~повреждении мягких тканей  ~гемотораксе  }</p>
ПК-1	75	<p>При развитии пневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано:</p> <p>~ эндобронхиальное введение протеолитических ферментов {  = дренирование плевральной полости  ~ антибиотики  ~ рентгенотерапия  ~ введение цитостатиков</p>
ПК-1	76	<p>Напряженный пневмоторакс возникает: {</p> <p>~при открытом пневмотораксе  ~при гемотораксе</p>

		<p>~при закрытом пневмотораксе =при клапанном пневмотораксе ~при смешанном пневмотораксе }</p>
ПК-1	77	<p>Первая врачебная помощь при открытом наружном пневмотораксе: { ~трубчатый дренаж плевральной полости ~наложение окклюзионной повязки =наложение окклюзионной повязки и активное отсасывание воздуха ~наложение асептической повязки ~искусственная вентиляция легких }</p>
ПК-1	78	<p>Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гноной мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болеет инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени. Какой метод лечения больному рекомендовать? { =интенсивную консервативную терапию ~противоаллергическую терапию ~рентгенотерапию ~эмболизацию бронхиальных артерий ~хирургическое лечение }</p>
ПК-1	79	<p>Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному? { ~пункция плевральной полости ~комплекс консервативных мероприятий ~пункция перикарда ~переливание крови =немедленная торакотомия }</p>
ПК-1	80	<p>Больной 20 лет упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока III-IV ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии - надрыв левого главного</p>

		<p>бронха. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать? :{</p> <p>~%33.33333% продолжать активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума</p> <p>~%33.33333% произвести переднюю верхнюю медиастинотомию</p> <p>~произвести обтурацию бронхоблокаторов</p> <p>~сделать левостороннюю пневмонэктомию</p> <p>~%33.33333% выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха</p> <p>}</p>
ПК-1	81	<p>Больной 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась бронхиальным свищом и эмпиемой плевры. Лечение больной в течение года плевральными пункциями, промываниями плевральной полости и дренированием ее не ликвидировали эмпиему плевры с бронхиальным свищом. Общее состояние средней тяжести. Признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать? :{</p> <p>~дренирование плевральной полости</p> <p>~торакоскопическая ультразвуковая санация с обработкой бронхиального свища</p> <p>~окклюзия бронхообтуратором бронхиального свища</p> <p>~%50% трансперикардальная окклюзия главного бронха</p> <p>~%50% торакопластика по Линбергу</p> <p>}</p>
ПК-1	82	<p>Больной получил дорожную травму, доставлен в тяжелом состоянии, картина травматического шока IУ ст. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом костей таза. Обращают на себя внимание одышка и тахикардия. Аускультативно: резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева темпанит, над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать? :{</p> <p>~%33.33333% немедленную торакотомию</p> <p>~лапароскопию</p> <p>~%33.33333% выведение больного из шока</p> <p>~%33.33333% применение различных видов новокаиновых блокад</p> <p>~динамическое наблюдение и симптоматическое лечение</p> <p>}</p>
ПК-1	83	<p>У больного, поступившего в тяжелом состоянии, с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксиллярной линии справа 4 ребра и слева 3 ребра, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным пневмоторакса и гемоторакса нет. Какие лечебные мероприятия больному нужно рекомендовать? :{</p> <p>~%33.33333% проведение новокаиновых блокад</p> <p>~дренирование обеих плевральных полостей</p> <p>~%33.33333% введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки</p>

		~насечки на коже грудной клетки и шеи ~%33.33333% динамическое наблюдение }
ПК-1	84	У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом 5 ребер слева, 4 - справа, выраженная подкожная эмфизема, двухсторонний пневмоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному? :{ ~двухсторонняя торакотомия ~наложение трахеостомии и искусственная вентиляция легких ~интубация и искусственная вентиляция легких ~%50% введение игл в подкожную клетчатку ~%50% дренирование обоих плевральных полостей }
ПК-1	85	Какой из перечисленных методов обладает наибольшими возможностями для диагностики рака легкого :{ ~%33.33333% бронхоскопия ~%33.33333% анализ мокроты ~%33.33333% трансторакальная игловая биопсия ~трансбронхиальная и трансрахеальная игловая биопсия ~сочетание перечисленных методов }
ПК-1	86	Наиболее характерным признаком легочного кровотечения является :{ ~выделение крови изо рта ~%33.33333% кашель с выделением алой пенистой крови ~%33.33333% наличие затемнения в легком ~наличие экссудата в плевральной полости ~%33.33333% наличие крови в бронхах при бронхоскопии }
ПК-1	87	К бронхоскопии целесообразно прибегнуть для :{ ~%50% диагностики и верификации рака легкого ~улучшения дренажной функции бронхов ~изучения состояния внутренней поверхности бронхов ~диагностики бронхов ~%50% диагностики абсцесса легкого }
ПК-1	88	Для реторакотомии показаниями являются :{ ~%33.33333% коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей ~%33.33333% первичная несостоятельность культи бронха ~%33.33333% внутриплевральное кровотечение ~ателектаз легкого ~напряженный пневмоторакс }
ПК-1	89	Диагноз "Бронхоэктатическая болезнь" может быть поставлен на основании :{ ~%50% рентгенографии легких в двух проекциях ~%50% фибробронхоскопического обследования ~исследования функции внешнего дыхания ~бронхографии ~компьютерной томографии }

		}
ПК-1	90	Последствием каких заболеваний может быть реактивный экссудативный плеврит? :{ ~бронхоэктатической болезни ~%33.33333% абсцесса легкого ~%33.33333% туберкулеза ~%33.33333% острой пневмонии ~эхинококкоза легкого }
<b>Раздел 3. Заболевания органов кровообращения</b>		
ОПК-4	91	Оптимальным материалом для бедренно-подколенного шунта при атеросклеротической окклюзии бедренной артерии является: { ~Синтетический протез; =Аутовена; ~Алловена; ~Вена пупочного канатика; ~Аллоартерия. }
ОПК-4	92	Катетаризация по Селдингеру это: { ~катетаризация мочевого пузыря ~катетаризация полостей сердца ~катетаризация артерии =катетаризация сосудов с помощью проводника }
ОПК-4	93	Зонд Фогарти применяют при: { ~кровотечении из кардиального отдела пищевода ~наружном дренировании холедоха ~установке эпицистостомы =эмболэктомии }
ОПК-4	94	Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является: { ~Сосудистое кольцо Вольмара; ~Вакуум - отсос; =Баллонный катетер Фогарти; ~Катетер Дормиа; ~Окончатые щипцы. }
ОПК-4	95	Зонд Фогарти применяют при: { ~кровотечении из кардиального отдела пищевода ~наружном дренировании холедоха ~установке эпицистостомы =эмболэктомии }
ОПК-4	96	Катетер Сванганса применяется в: { ~Абдоминальной хирургии ~Урологии ~Анестезиологии =Радиохимиологии ~Стоматологии

		}
ОПК-4	97	Для диагностики ВПС используют все инструментальные методы, кроме: { =компьютерная томография ~эхокардиография ~электрокардиография ~Ро-графия органов грудной полости. ~фонокардиография. }
ОПК-4	98	Высокое артериальное давление, обнаруженное при обследовании ребенка 3-х лет, больше характерен для: { ~ДМЖП ~изолированного стеноза легочной артерии =коарктации аорты ~открытого артериального протока ~декстракардии }
ОПК-4	99	При дефекте межжелудочковой перегородки наиболее характерна топика шума: { ~на верхушке ~во втором межреберье слева ~во втором межреберье справа =в третьем-четвертом межреберье слева у грудины ~в четвертом-пятом межреберье справа }
ОПК-4	100	Рентгенологическая картина сердца в форме «сапожка» с выраженной талией и приподнятой верхушкой является характерной для ВПС: { ~коарктации аорты ~дефекта межжелудочковой перегородки =тетрады Фалло ~дефекта межпредсердной перегородки открытого артериального протока }
ОПК-4	101	Мать обратилась к участковому педиатру с ребенком в возрасте 1 года. Для исключения патологии со стороны легких была проведена R-графия органов грудной клетки. На R-грамме - расширение границ сердца во все стороны. При аускультации - тоны сердца глухие. Наиболее информативный метод диагностики необходим: { ~ЭКГ =ЭхоКГ ~нейросонография ~ЭЭГ ~КТГ }
ОПК-4	102	Алгоритм обследования детей с ВПС включает { ~трехкратный посев крови на гемокультуру ~посев мочи ~рентгенографию органов грудной клетки ~ЭКГ =эхокардиографию



		}
ОПК-4	103	Высокий и скорый пульс выявляется при следующем заболевании из перечисленных: { ~коарктации аорты ~открытом артериальном протоке =митральной недостаточности ~аортальном стенозе ~митральном стенозе }
ОПК-4	104	Методами диагностики врождённых пороков сердца являются: а) R-графия органов грудной клетки; б) ангиокардиография в) фонокардиография; г) ЭКГ; д катетеризация полостей сердца, УЗИ. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~а, б, в ~б, г, д ~а, г, д =все ответы правильные ~все ответы неправильные. }
ОПК-4	105	Больной 28 лет в физическом развитии не отставал от сверстников. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. АД 100/70 мм рт.ст. Над легочной артерией выслушивается систоло-диастолический шум, акцент 2-го тона. На ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов сердца. При рентгеноскопии отмечается усиление легочного рисунка, тень сердца обычной формы. Ваш диагноз? { ~Тетрада Фалло ~Стеноз легочной артерии =Дефект межпредсердной перегородки ~Коарктация аорты ~Открытый артериальный проток }
ОПК-4	106	Подсчёт пульса у детей проводится в течение: { ~10 секунд ~15 секунд ~30 секунд =60 секунд }
ОПК-4	107	Частота сердечных сокращений у новорожденного ребёнка: { ~60-80 ~80-100 =100-120 ~120-140 }
ОПК-4	108	В клинику поступила больная 42 лет с ревматическим сочетанным митральным пороком сердца. С целью уточнения диагноза ей проведено рентгенологическое исследование. Укажите рентгеноскопические и рентгенологические признаки, характерные для митрального стеноза, в

		<p>отличие от недостаточности митрального клапана:</p> <p>а) отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса;</p> <p>б) отсутствие симптома «коромысла»;</p> <p>в) резкое увеличение левого желудочка;</p> <p>г) отклонение пищевода по дуге большого радиуса;</p> <p>д) отсутствие увеличения левого желудочка.</p> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~а, б, в.</p> <p>~б, в, г.</p> <p>~б, г, д.</p> <p>=а, б, д.</p> <p>~в, г.</p> <p>}</p>
ОПК-4	109	<p>У больной 45 лет при проведении эхокардиографии выявлено, что диаметр левого атриовентрикулярного отверстия составляет 2,0 см. На свободных краях створок митрального клапана имеются единичные участки кальциноза. Полость левого предсердия умеренно увеличена. Ваше заключение о состоянии митрального клапана: {</p> <p>~митральный клапан не изменён;</p> <p>~резкий стеноз;</p> <p>~значительный стеноз;</p> <p>=умеренный стеноз.</p> <p>}</p>
ОПК-4	110	<p>На R-грамме органов грудной клетки сердечная тень – «яйцо, лежащее на боку» выявляется при: {</p> <p>~ДМЖП</p> <p>~траспозиция магистральных сосудов</p> <p>~открытом артериальном протоке</p> <p>~болезнь Фалло</p> <p>=стенозе легочной артерии</p> <p>}</p>
ОПК-4	111	<p>При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность?</p> <p>а) рентгенографии сердца;</p> <p>б) эхокардиографии;</p> <p>в) зондирования левых отделов сердца;</p> <p>г) рентгеноконтрастной левой вентрикулографии;</p> <p>д) рентгенографии сердца;</p> <p>е) грудной аортографии.</p> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~Всё верно.</p> <p>~а, в, г.</p> <p>~б, в, г.</p> <p>~б, д, е</p> <p>=а, б.</p> <p>}</p>
ОПК-4	112	<p>Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей</p>

		недосточности митрального клапана? { ~зондирования правых отделов сердца; ~зондирования левых отделов сердца; =рентгеноконтрастной левой вентрикулографии; ~рентгенографии сердца; ~грудной аортографии. }
ОПК-4	113	У больного стенокардия покоя в течение 3-х месяцев. Принимает по 50 таблеток нитроглицерина. Ваша тактика? ~выполнить компьютерную томографию; =произвести коронарографию; ~усилить медикаментозную терапию; ~направить на санаторное лечение; ~выполнить велоэргометрию. }
ОПК-4	114	Для митрального стеноза НЕ характерен признак: { ~усиление I тона на верхушке сердца ~диастолический шум с пресистолическим усилением ~акцент II тона на легочной артерии =систолический шум ~увеличение размеров сердца }
ОПК-4	115	Для митрального стеноза характерны все ниже перечисленные признаки, КРОМЕ: { ~усиления I тона на верхушке сердца ~диастолического шума с пресистолическим усилением ~акцента II тона на легочной артерии ~щелчка открытия митрального клапана =систолического шума на верхушке сердца }
ОПК-4	116	Для недостаточности аортального клапана характерен: { =пляска каротид, увеличение пульсового давления ~«кошачье мурлыканье», усиление I тона ~«ритм галопа», экстрасистолия ~систолический шум ~повышение диастолического давления }
ОПК-4	117	Электрокардиографическими признаками митрального стеноза являются ниже перечисленные, КРОМЕ: { ~гипертрофии левого предсердия ~мерцательной аритмии ~гипертрофии правого желудочка =гипертрофии левого желудочка ~поворота электрической оси сердца вправо }
ОПК-4	118	Аускультативная картина стеноза устья аорты: { =Ослабление тонов на основании сердца и систолический шум с проведением на сосуды шеи. ~Хлопающий первый тон на верхушке и диастолический шум. ~Диастолический шум у основания мечевидного отростка.

		~Ослабление тонов на основании сердца и диастолический шум. ~Ослабление тонов у основания мечевидного отростка и систолический шум. }
ОПК-4	119	При аортальном стенозе II тон у основания сердца: { =Ослабленный. ~Усиленный. ~Хлопающий. ~Раздвоенный. ~Неизмененный. }
ОПК-4	120	Какие из указанных изменений на ЭКГ характерны для инфаркта миокарда? { =Патологический зубец Q ~Конкордантный подъем сегмента ST ~Низкий вольтаж зубца R в стандартных отведениях ~Блокада левой ножки пучка Гисса }
ОПК-4	121	Малые критерии диагностики гипертрофической кардиомиопатии у ближайших родственников, не имеющих жалоб: { ~Гипертрофия левого желудочка и изменения ST – T на ЭКГ =Нарушения атриовентрикулярной или внутрижелудочковой проводимости ~Толщина передней части межжелудочковой перегородки или задней стенки левого желудочка 13 мм и более ~Наличие контакта створки митрального клапана с перегородкой ~Отрицательный зубец T (3 мм и более) в I, AVL или V3-V6 отведениях. }
ОПК-4	122	Абсолютные противопоказания для ЭКГ пробы с физической нагрузкой: { ~Острая стадия инфаркта миокарда ~Нарушения ритма, сопровождающиеся жизнеопасными осложнениями ~Тяжелый аортальный стеноз ~Тяжелая сердечная недостаточность =Верно А,Б,В,Г }
ОПК-4	123	Факторами риска развития ИБС считаются: { ~Умственный труд. ~Гиперкалиемия. ~Легочная гипертензия. =Сахарный диабет. ~Язвенная болезнь желудка. }
ОПК-4	124	В кардиохирургическое отделение госпитализирован больной 49 лет с жалобами на давящую боль, за грудиной, которая усиливается при физической нагрузке, иррадирует в левое плечо, лопатку, шею, после приема нитроглицерина проходит. Болеет в течение 2 месяцев. Объективно: бледноватый, повышенного питания, АД 160/90 мм рт. ст., пульс 68 в 1 мин, удовлетворительных качеств. На ЭКГ – без патологии.

		<p>Установлен предварительный диагноз: ИБС, стенокардия напряжения. Какой метод диагностики наиболее информативен для подтверждения диагноза и уточнения локализации поражения коронарных артерий? {</p> <p>~Рентгенологическое исследование грудной клетки.</p> <p>~Эхокардиография.</p> <p>=Селективная коронарография.</p> <p>~Зондирование полостей сердца.</p> <p>~Велоэргометрия.</p> <p>}</p>
ОПК-4	125	<p>Укажите исследования, которые позволяют определить состояние клапанного аппарата коммуникантных вен нижних конечностей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проба Троянова-Тренделенбурга.</li> <li>2. Ультразвуковая доплерография.</li> <li>3. Флебодиагностика дистальная.</li> <li>4. Трехжгутовая проба.</li> <li>5. Маршевая проба.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2,5.</p> <p>~2,3.</p> <p>~3,4.</p> <p>~2,3,4.</p> <p>=Все верно.</p> <p>}</p>
ОПК-4	126	<p>Развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей связано со следующими ведущими факторами:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С окклюзией мелких артерий.</li> <li>2. С несостоятельностью перфорантных вен.</li> <li>3. С несостоятельностью клапанов ствола большой подкожной вены.</li> <li>4. С острым тромбозом глубоких вен голени.</li> <li>5. С дерматитом и лимфостазом.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>=2,3.</p> <p>~2,3,5.</p> <p>~3,4.</p> <p>~1,2,3.</p> <p>~1,3,5.</p> <p>}</p>
ОПК-4	127	<p>Оценить состояние глубоких вен нижних конечностей при варикозной болезни позволяют следующие методы исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ультразвуковая доплерография.</li> <li>2. Дистальная восходящая флебография.</li> <li>3. Ретроградная бедренная флебография.</li> <li>4. Радиоиндикация с меченым фибриногеном.</li> <li>5. Сфигмография.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>=1,2.</p> <p>~1,2,4.</p> <p>~2,3,4.</p> <p>~3,4,5.</p> <p>~Все верно.</p>

		}
ОПК-4	128	<p>Больная жалуется на отек левой нижней конечности, увеличивающийся к концу рабочего дня, варикозное расширение поверхностных вен и наличие трофической язвы голени. 5 лет назад лечилась по поводу перелома левого бедра. В то время отеков конечности не было. При осмотре выявлено варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены, индурация и гиперпигментация кожи над медиальной лодыжкой, увеличение окружности бедра и голени. С помощью каких специальных методов можно уточнить диагноз?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Радиоиндикация меченым фибриногеном.</li> <li>2. Ультразвуковое ангиосканирование.</li> <li>3. Радионуклидная флебосцинтиграфия.</li> <li>4. Ретроградная бедренная флебография.</li> <li>5. Дистальная восходящая функциональная флебография.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>=2,4,5. ~2,3,5. ~1,4,5. ~2, 3,4,5. ~Все верно.</p> <p>}</p>
ОПК-4	129	<p>Вы обследуете больную 50 лет, ранее оперированную по поводу варикозной болезни правой нижней конечности. Через полтора года после операции вновь появились варикозно-расширенные вены на голени, а затем и на бедре. Выяснить причину рецидива заболевания позволяет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ультразвуковая доплерография.</li> <li>2. Ретроградная илиокаваграфия.</li> <li>3. Флебосцинтиграфия.</li> <li>4. Восходящая дистальная флебография.</li> <li>5. Артериография.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>=1,2. ~Все верно. ~1,3,4. ~1,2,4. ~2,3,4,5.</p> <p>}</p>
ОПК-4	130	<p>Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение, уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, гипертермию, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно-расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Ваша тактика? {</p> <p>~Выполнить ангиографию. ~Перевязать бедренную вену. =Произвести операцию Троянова-Тренделенбурга после ультразвукового ангиосканирования. ~Произвести перевязку варикозных вен в средней трети бедра.</p>

		~Предписать строгий постельный режим и назначить консервативное лечение. }
ПК-1	131	Выявить несостоятельность перфорантных вен нижних конечностей и их локализацию позволяют следующие методы: 1. Пятижгутовая проба. 2. Ультразвуковое ангиосканирование. 3. Восходящая дистальная флебография. 4. Радионуклидная флебосцинтиграфия. 5. Ретроградная бедренная флебография. Выберите лучшую комбинацию ответов: { =2,3. ~4,5. ~1,3. ~1,2,5. ~Все верно. }
ПК-1	132	Больным, перенесшим операцию на аорте и артериях конечностей, в случае развития через год реокклюзии, для решения вопроса о возможности повторной операции в первую очередь необходимо произвести: { ~Осциллографию; ~Реовазографию; =Артериографию; ~Термографию; ~Капилляроскопию. }
ПК-1	133	В зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы: 1. Метаболический алкалоз; 2. Метаболический ацидоз; 3. Деструкция миоцитов; 4. Уменьшение вязкости крови; 5. Гиперагрегация тромбоцитов. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~1,3,5; ~2,4; =2,3,5; ~Все верно; ~Все неверно. }
ПК-1	134	В топической диагностике острой артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является: { ~Сфигмография; ~Реовазография; =Аорто-артериография; ~Плетизмография; ~Термография. }
ПК-1	135	Во время оперативного вмешательства по поводу эмболии правой



		<p>бедренной артерии с ишемией тканей III-Б у больного с острым инфарктом миокарда полностью восстановлен кровоток по артериям пораженной конечности. Через 10 часов после операции состояние больного резко ухудшилось - появились признаки сердечно-сосудистой, дыхательной и печеночной недостаточности, а состояние оперированной конечности заметно улучшилось. Укажите наиболее вероятные причины ухудшения состояния больного:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гиперкалиемия;</li> <li>2. Эмболия главных легочных артерий;</li> <li>3. Миоглобинурия;</li> <li>4. Эмболия почечных артерий;</li> <li>5. Метаболический ацидоз.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~2,4;</p> <p>~3,4,5;</p> <p>~2,3;</p> <p>=1,3,5;</p> <p>~1,4.</p> <p>}</p>
ПК-1	136	<p>Для выраженного постишемического синдрома, развившегося после эмболэктомии из бедренной артерии, характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метаболический ацидоз;</li> <li>2. Гиперкалиемия;</li> <li>3. Миоглобинурия;</li> <li>4. Гиперагрегация тромбоцитов;</li> <li>5. Микроэмболия ветвей легочной артерии.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2;</p> <p>=1,2,3;</p> <p>~1,2,4;</p> <p>~1,4,5;</p> <p>~Все ответы правильные.</p> <p>}</p>
ПК-1	137	<p>При обследовании больного Вы заподозрили неосложненную аневризму брюшного отдела аорты. Какие методы могут дать наиболее полную диагностическую информацию о характере заболевания?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.</li> <li>2. Лапароскопия.</li> <li>3. Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства.</li> <li>4. Экскреторная урография.</li> <li>5. Аорто-артериография.</li> </ol> <p>Выберите правильный ответ: {</p> <p>~Только 2;</p> <p>~1,2,3;</p> <p>~3,4;</p> <p>=3,5;</p> <p>~Все ответы правильные.</p> <p>}</p>
ПК-1	138	<p>При подозрении на инфаркт тонкого кишечника лучшими методами</p>



		<p>диагностики будут:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лапароскопия.</li> <li>2. Ультрасонография.</li> <li>3. Ангиография брыжеечных артерий.</li> <li>4. Обзорная рентгенография брюшной полости.</li> <li>5. Ирригоскопия.</li> </ol> <p>Правильным будет: { =1,3; ~1,2,4; ~1,3,5; ~2,3,4; ~Все верно. }</p>
ПК-1	139	<p>При проведении дифференциальной диагностики между острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом и тромбоэмболией бедренной артерии необходимо учитывать следующие признаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Характер отека;</li> <li>2. Окраску кожи;</li> <li>3. Состояние поверхностных вен;</li> <li>4. Мышечную контрактуру;</li> <li>5. Пульсацию артерий.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: { ~2,3,4; ~3,4,5; ~1,2,3; ~1,3,5; =Все ответы правильные. }</p>
ПК-1	140	<p>Для эмболии подколенной артерии характерны клинические признаки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие пульсации бедренной артерии.</li> <li>2. Отсутствие пульсации подколенной артерии.</li> <li>3. Отсутствие пульсации артерий на стопе.</li> <li>4. Усиление пульсации подколенной артерии.</li> <li>5. Ослабление пульсации подколенной артерии.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответа: { =2,3; ~3,4; ~1,5; ~1,2,3; ~Только 3. }</p>
ПК-1	141	<p>Ослабление систоло-диастолического шума при ОАП свидетельствует о { =нарастании легочной гипертензии ~полной компенсации порока ~повышении давления в большом круге кровообращения ~развитии недостаточности кровообращения ~присоединении инфекционного эндокардита }</p>
ПК-1	142	<p>Наиболее часто ревматизм развивается у детей в возрасте: {</p>

		<p>~1-3-х лет  ~3-6-ти лет  =7-15-ти лет  ~15-17-ти лет  ~18-22-ти лет  }</p>
ПК-1	143	<p>При ревматизме у детей преимущественно поражается: {  ~почки;  ~легкие;  =сердце;  ~кишечник.  ~открытый артериальный проток  }</p>
ПК-1	144	<p>Поражение нервной системы при ревматизме у детей проявляется развитием: {  ~анулярной эритемы  ~спазмофилии  ~эклампсии  =хореи  ~открытый артериальный проток  }</p>
ПК-1	145	<p>В интранатальном периоде у новорожденных имеется:  ~открытое овальное окно {  ~ДМЖП  ~ДМПП  ~недостаточность аортального клапана  =открытый артериальный проток  }</p>
ПК-1	146	<p>При комбинированном стенозе устья легочной артерии используется любой из перечисленных оперативных доступов, кроме {  ~ствола легочной артерии  ~выходного отдела правого желудочка  ~трансанулярного, через правый желудочек и легочную артерию  =правого предсердия  ~открытый артериальный проток  }</p>
ПК-1	147	<p>Наиболее частым врожденным пороком сердца с цианозом у детей, переживших младенческий возраст, является {  ~стеноз легочной артерии  =тетрада Фалло  ~коарктация аорты  ~незаращенный Боталлов проток  ~первичная легочная гипертензия</p>
ПК-1	148	<p>Укажите наиболее точную формулировку этиологических факторов врожденных пороков сердца. {  ~отягощенный ход беременности  ~хронические соматические или эндокринные заболевания матери  ~вредное действие факторов окружающей среды  =влияние неблагоприятных факторов окружающей и внутренней среды</p>

		на фоне наследственной склонности. ~врожденные заболевания сердца у матери или наличие ВПС у старших детей в семье }
ПК-1	149	При открытом артериальном протоке могут наблюдаться { ~боли в животе ~одышечно-цианотические приступы ~малиновый цианоз щек =частые простудные заболевания ~глухие сердечный тоны }
ПК-1	150	Исход ревматического эндокардита у детей: { ~гипотрофия ~пневмония =порок сердца ~анемия }
ПК-1	151	При оказании неотложной помощи ребенку при коллапсе ему следует придать: { =горизонтальное положение, голова на бок, обложить грелками ~полусидячее положение ~положение с опущенным головным концом, ножной конец приподнять, тепло укрыть ~положение сидя }
ПК-1	152	У больной 28 лет диагностирован ревматический «чистый» митральный стеноз без грубых изменений клапанных структур. Диаметр митрального отверстия – 0,6 см. Какие оперативные вмешательства могут быть показаны в данном случае? а) закрытая чрезжелудочковая митральная инструментальная комиссуротомия; б) реконструктивная операция на митральной клапане в условиях искусственного кровообращения; в) протезирование митрального клапана; г) рентгеноэндоваскулярная баллонная дилатация митрального отверстия; д) открытая митральная комиссуротомия. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~все ответы верны. ~а, б, д. ~а, г, д. ~б, д. =а, г. }
ПК-1	153	В клинику для оперативного лечения поступила больная 36 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложнённого мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде? а) тромбоэмболия лёгочных артерий; б) отёк лёгких;

		<p>в) гемоперикард; г) синдром Бадда-Киари; д) эмболия сосудов большого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~всё верно ~а, б, в. ~а, б, г. ~б, г, д. =б, д. }</p>
ПК-1	154	<p>В клинику поступила больная 42 лет с митральным стенозом. При эхокардиографическом и рентгеноскопическом исследовании выявлено выраженное ограничение подвижности створок митрального клапана и кальциноз III степени. Диаметр митрального отверстия – 0,5 см. III функциональный класс заболевания. Укажите разновидности оперативных вмешательств, показанных при этом конкретном случае: а) открытая митральная комиссуротомия; б) протезирование митрального клапана механическим протезом; в) замещение митрального клапана биологическим протезом; г) закрытая чрезжелудочковая митральная инструментальная комиссуротомия; д) рентгенэндоваскулярная баллонная дилатация левого митрального отверстия. Выберите правильную комбинацию ответов. { ~г. ~г, д. ~д. ~а. =б, в }</p>
ПК-1	155	<p>В клинику поступила больная 48 лет с митральным стенозом. При обследовании выявлен сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности, тромбоз левого предсердия. Грубых изменений створок, хорд и сосочковых мышц нет. III функциональный класс заболевания. Ваша хирургическая тактика: { ~следует отказаться от оперативного лечения и проводить консервативную терапию; ~выполнить протезирование митрального клапана; =произвести тромбэктомия из левого предсердия и реконструктивную операцию на митральном клапане; ~назначить тромболитическую терапию; ~прибегнуть к удалению тромба из левого предсердия с помощью баллонного катетера Фогарти. }</p>
ПК-1	156	<p>Какие осложнения возможны при аневризме сердца: а) гипоксия мозга; б) гипоксия миокарда; в) тромбоэмболия в артериальную систему; г) сердечная недостаточность; д) цирроз печени.</p>

		<p>Выберите правильную комбинацию ответов. {</p> <p>~а, б, д</p> <p>~б, в</p> <p>=б, в, г</p> <p>~б, г</p> <p>~а, д</p> <p>}</p>
ПК-1	157	<p>Больной 27-ми лет жалуется на возникновение одышки при физической нагрузке, быструю утомляемость. Объективно: границы сердца несколько расширены вправо. Аускультативно: во втором межреберье слева выслушивается грубый систолический шум, ослабление II тона над легочным стволом, I тон на верхушке усилен. Рентгенологически: гипертрофия правого желудочка и обедненность легочного рисунка. ЭхоКС: наличие сужения в исходящем отделе правого желудочка; тонкая струя крови через легочный ствол в месте сужения. Был установлен диагноз: стеноз легочной артерии. Какое наиболее целесообразное лечение? {</p> <p>~Антибиотикотерапия</p> <p>~Уменьшение физической нагрузки</p> <p>~Назначение сердечных гликозидов.</p> <p>~Назначение глюкокортикостероидов</p> <p>=Оперативное лечение.</p> <p>}</p>
ПК-1	158	<p>Инфекционный эндокардит реже всего возникает у пациентов {</p> <p>~с митральной недостаточностью</p> <p>~с аортальной недостаточностью</p> <p>=с дефектом межпредсердной перегородки</p> <p>~с дефектом межжелудочковой перегородки</p> <p>~с открытым аортальным протоком</p> <p>}</p>
ПК-1	159	<p>При появлении обмороков продолжительность жизни у неоперированных больных с аортальным стенозом составляет в среднем: {</p> <p>=2 года.</p> <p>~3 года.</p> <p>~1 год.</p> <p>~4 года.</p> <p>~5 лет.</p> <p>}</p>
ПК-1	160	<p>Основной метод лечения аортального стеноза: {</p> <p>~Дозированные физические тренировки.</p> <p>=Протезирование аортального клапана.</p> <p>~Использование нитратов.</p> <p>~Использование сердечных гликозидов.</p> <p>~Использование кардиоселективных р-адреноблокаторов.</p> <p>}</p>
ПК-1	161	<p>У больного инфекционным эндокардитом на фоне лечения антибиотиками температура тела нормализовалась, однако нарастают явления выраженной сердечной недостаточности. Больной получает диуретики, сердечные гликозиды. Пульс 112 уд/мин. АД=140/20 мм рт.ст. {</p>

		<p>~Увеличить дозу антибиотиков  ~Произвести плазмаферез  ~Увеличить дозу диуретиков  =Направить на хирургическое лечение  ~Добавить ингибиторы АП  }</p>
ПК-1	162	<p>Оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей позволяет:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Устранить патологический сброс крови из глубоких вен в поверхностные.</li> <li>2. Удалить варикозно-расширенные вены.</li> <li>3. Восстановить проходимость глубоких вен.</li> <li>4. Скорректировать несостоятельность клапанов бедренной вены.</li> <li>5. Удалить трофически измененные ткани.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {  ~1,2,3.  =1,2,4.  ~2,3,4.  ~3,4,5.  ~Все верно.  }</p>
ПК-1	163	<p>Распространению флеботромбоза в венах нижних конечностей препятствует: {  ~строгий постельный режим  ~антикоагулянтная терапия  ~антиагрегантная терапия  ~эластическое бинтование  =все перечисленное  }</p>
ПК-1	164	<p>Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз может осложниться:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) эмболией легочных артерий;</li> <li>2) венозной гангреной конечности;</li> <li>3) посттромботической болезнью;</li> <li>4) флегмоной бедра;</li> <li>5) «краш»-синдромом.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {  ~1,3 и 4;  ~1,3, 4 и 5;  =1,2 и 3;  ~2, 4 и 5;  ~все верно.  }</p>
ПК-1	165	<p>Какие цели преследует оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные;</li> <li>2) удаление варикозных расширенных вен;</li> <li>3) восстановление проходимости глубоких вен;</li> </ol>



		4) коррекция несостоятельности клапанов бедренной вены; 5) удаление трофически измененных тканей. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~1,2 и 3; =1,2 и 4; ~2, 3 и 4; ~3,4 и 5: ~все верно. }
ПК-1	166	Операция Троянова-Тределенбурга заключается: { =в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-фemorального треугольника ~в удалении подкожных вен методом тоннелирования ~в удалении подкожных вен зондом ~в перевязке коммуникантных вен над фасцией ~в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен }
ПК-1	167	Операция Нарата заключается: { ~в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени =в удалении подкожных вен методом тоннелирования ~удаление подкожных вен с помощью зонда ~в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом ~в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен }
<b>Раздел 4 Заболевания органов пищеварения</b>		
ОПК-4	168	При раке пищевода встречаются все анатомические типы роста опухоли КРОМЕ: { ~язвенный; ~узловой (бородавчато-папилломатозный); ~инфильтративный (скиррозный); =субклинический; }
ОПК-4	169	Дисфагия при раке пищевода может иметь: { ~рефлекторный характер =стойкий характер, обусловленный обтурацией пищевода опухолью ~смешанный – рефлекторный и механический характер ~свойство усиливаться при глотании жидкости и уменьшаться при приеме твердой пищи }
ОПК-4	170	Клиническими проявлениями запущенного рака пищевода могут быть: { =осиплость голоса; ~кашель; ~эмпиема плевры; ~медиастинит; }
ОПК-4	171	К рентгенологическим признакам рака пищевода относятся: { ~нарушение акта глотания; ~изменение эластичности стенки пищевода; =неровность контура пищевода; ~деформации рельефа слизистой;

		}
ОПК-4	172	С целью уточнения распространенности опухолевого процесса при раке пищевода могут применяться: { =КТ грудной клетки; ~эндосонография пищевода; ~лапароскопия; ~позитронно-эмиссионная томография. }
ОПК-4	173	Хирургический метод лечения не применяется в основном при лечении рака следующего отделов пищевода: { =шейного; ~нижнегрудного; ~среднегрудного; ~абдоминального. }
ОПК-4	174	Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно { ~у 20% больных ~у 40% больных ~у 60% больных =у 90% больных ~более 90% больных }
ОПК-4	175	С целью определения возможного выхода рака пищевода за пределы органа на фоне введенного в средостение воздуха или газа применяются { =париетография ~респираторная полиграфия ~пневмозофатомография ~рентгеновская компьютерная томография ~ангиография }
ОПК-4	176	К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме { =операции Жиано - Гальперна – Гаврилиу ~операции Осавы - Герлока ~операции типа Льюиса ~операции Киршнера – Накаямы ~операция Добромывова – Торека }
ОПК-4	177	Реканализация опухоли при раке пищевода может быть осуществлена { ~с помощью трубки во время лапаротомии и гастротомии ~ во время торакотомии и эзофаготомии ~путем лазерной деструкции (испарения) опухоли во время эзофагоскопии ~с помощью интубационной трубки во время эндоскопии =всеми вышеперечисленными методами }
ОПК-4	178	У больного 80 лет рак среднегрудного отдела пищевода IIб стадии.

		<p>Наиболее предпочтительным методом лечения является {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~оперативное лечение</li> <li>~комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией</li> <li>~комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией</li> <li>=самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе ~ химио-лучевое лечение</li> </ul> <p>}</p>
ОПК-4	179	<p>Эффективность химиотерапии при раке пищевода составляет {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~5-10%</li> <li>=20-28%</li> <li>~50-60%</li> <li>~90-100%</li> <li>~химиотерапия неэффективна</li> </ul> <p>}</p>
ОПК-4	180	<p>У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного и метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы отдела, протяженностью 4 см с начальными проявлениями дисфагии. Адекватными методами лечения можно считать все перечисленные, кроме: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе ~ оперативного лечения</li> <li>~комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией</li> <li>~комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией</li> <li>=химио-лучевое лечение</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	181	<p>Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360 градусов. После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки последняя приобрела багровый оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных отделов брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>=Необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию;</li> <li>~Следует ограничиться назоинтестинальной интубацией и лапаростомией;</li> <li>~Целесообразно наложить илиотрансверзоанастомоз «бок в бок»;</li> <li>~Операцию нужно закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться;</li> <li>~Показана интестинопликация по Ноблю.</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	182	<p>Больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в ранние сроки заболевания рациональнее всего выполнить следующую операцию: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>=Правостороннюю гемиколэктомию с илиотрансверзоанастомозом;</li> <li>~Наложение илиостомы;</li> <li>~Наложение цекостомы;</li> <li>~Операцию Гартмана;</li> <li>~Операцию Микулича.</li> </ul> <p>}</p>

ПК-1	183	<p>Эффект от консервативного лечения наиболее вероятен при следующих видах острой кишечной непроходимости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заворот тонкой кишки;</li> <li>2. Узлообразовании между петлей тонкой и сигмовидной кишкой;</li> <li>3. Спастическая кишечная непроходимость;</li> <li>4. Травматический парез кишечника;</li> <li>5. Копростаз.</li> </ol> <p>Выберите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~1,3,4;</p> <p>~1,3,5;</p> <p>~2,4,5;</p> <p>=3,4,5;</p> <p>~1,2.</p> <p>}</p>
ПК-1	184	<p>В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Заворот;</li> <li>2. Узлообразование;</li> <li>3. Спастическая непроходимость;</li> <li>4. Паралитическая непроходимость;</li> <li>5. Копростаз.</li> </ol> <p>Правильным будет: {</p> <p>~1,3,5;</p> <p>~2,3,5;</p> <p>=3,4,5;</p> <p>~2,4,5;</p> <p>~1,4,5.</p> <p>}</p>
ПК-1	185	<p>При выборе лечебной тактики у больного с острой кишечной непроходимостью ориентируются на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вид непроходимости;</li> <li>2. Локализацию уровня непроходимости;</li> <li>3. Наличие перитонеальных симптомов;</li> <li>4. Интенсивность перистальтики;</li> <li>5. Интенсивность болей.</li> </ol> <p>Выберите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~1,4;</p> <p>~2,5;</p> <p>~3,4;</p> <p>~4,5;</p> <p>=1,2,3.</p> <p>}</p>
ПК-1	186	<p>Основным фактором, определяющим лечебную тактику хирурга при остром флегмонозном холецистите, является: {</p> <p>~Повышение температуры.</p> <p>=Распространенность перитонита.</p> <p>~Сопутствующие заболевания.</p> <p>~Возраст больного.</p> <p>~Квалификация хирурга.</p>

		}
ПК-1	187	<p>Во время операции холецистэктомии могут возникнуть осложнения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ранения печёночной артерии.</li> <li>2. Оставление камней в гепатикохоledохе.</li> <li>3. Кровотечение из пузырной артерии.</li> <li>4. Пристеночное ранение холедоха.</li> <li>5. Кровотечение из левой желудочной артерии.</li> </ol> <p>Выберите лучшую комбинацию ответов: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~1,2,5;</li> <li>~1,3,4;</li> <li>~4 и 5;</li> <li>=1,2,3,4;</li> <li>~1,3,4,5.</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	188	<p>Решая вопрос о срочности хирургического вмешательства при остром холецистите, в первую очередь следует ориентироваться на: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~Выраженность болевого синдрома.</li> <li>~ Температурную реакцию.</li> <li>~Выраженность симптома Мэрфи.</li> <li>=Выраженность перитонеальных симптомов.</li> <li>~Величину желчного пузыря.</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	189	<p>При остром деструктивном холецистите операция холецистостомия показана при: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~Сопутствующем отечном панкреатите.</li> <li>~Больному пожилого возраста.</li> <li>=При тяжелом общем состоянии больного.</li> <li>~При наличии инфильтрата в шейке желчного пузыря.</li> <li>~Сопутствующем холангите.</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	190	<p>Вы оперируете больного по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и гнойным холангитом. Выберите оптимальный объём оперативного вмешательства: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~Холецистэктомия «от шейки» и введение дренажа С.И. Спасокукоцкого.</li> <li>~Холецистостомия.</li> <li>~Холецистэктомия и дренирование холедоха через культю пузырного протока.</li> <li>=Холецистэктомия, холедохотомия и дренирование холедоха по Керу. ~</li> <li>Все неверно.</li> </ul> <p>}</p>
ПК-1	191	<p>Преимуществом выполнения холецистэктомии «от шейки» является:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря.</li> <li>2. Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох.</li> <li>3. Удаётся избежать миграции камней из желчного пузыря в холедох.</li> <li>4. Позволяет воздержаться от холедохотомии.</li> <li>5. Исключает необходимость в интраоперационной холангиографии.</li> </ol> <p>Правильные ответы: {</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>~1,2,4;</li> <li>~1,3,4;</li> <li>~2,4,5;</li> </ul> <p>}</p>

		=1,2,3; ~1,2,5. }
ПК-1	192	Экстренная операция при остром холецистите производится в следующих случаях: { 1. При отсутствии эффекта от консервативной терапии. 2. При перфорации воспалённого желчного пузыря. 3. При осложнении заболевания диффузным перитонитом. 4. При развитии обтурационной формы холецистита. 5. У больных пожилого и старческого возраста – до развития деструктивного холецистита. Выберите лучшую комбинацию правильных ответов. ~1,2,3. =1,2,3,4. ~1, 3, 4, 5. ~1,2,4,5. ~2,3,5. }
ПК-1	193	У больного 77 лет, с выраженной сердечной недостаточностью, выявлен деструктивный холецистит с явлениями интоксикации. Какому методу лечения отдать предпочтение? { ~Операции холецистэктомии. =Операции холецистостомии. ~Чрескожной чреспеченочной холангиостомии. ~Только консервативному методу лечения. ~Хирургическое лечение показано только при появлении признаков разлитого перитонита. }
ПК-1	194	У больного 30 лет, с деструктивным панкреатитом алиментарной этиологии, через 25 дней после госпитализации появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, в периферической крови - нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В эпигастрии и левом подреберье пальпируется слабоболлезненный инфильтрат. Ваша дальнейшая тактика? { ~Инфузионная терапия без антибактериальной терапии. ~Только антибактериальная терапия. =Экстренная операция. ~Динамическое наблюдение. ~Лапароскопия. }
ПК-1	195	При завороте сигмовидной кишки операция показана в тех случаях, когда: { ~Больной моложе 80 лет; ~Имеются явления перитонита; ~Отсутствует эффект от проводимой консервативной терапии; ~Срок заболевания более суток; ~Во всех без исключения случаях. }
ПК-1	196	Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной

		кишечной непроходимости: { ~Только консервативное лечение; ~Экстренная операция; ~Плановая операция; =Оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий; ~Назогастральная интубация.
ПК-1	197	Методом выбора при лечении острого заворота сигмовидной кишки на этапе сохраненной жизнеспособности кишечника является: { ~Колостомия; ~Резекция с первичным анастомозом; ~Обструктивная резекция; =Деторзия сигмовидной кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну; ~Ликвидация заворота. }
ПК-1	198	При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будет развитие всего, кроме: { ~Острого подпеченочного абсцесса, пакреатита. ~Перитонита. =Наружного желчного свища. ~Перфорации желчного пузыря. ~Количества лейкоцитов в крови. }
ПК-1	199	Укажите, какое тактическое решение хирурга во время операции у больной с острым холециститом является ошибочным: { ~Предпочтительное выделение желчного пузыря от шейки. ~Расширение холедоха более 2 см является абсолютным показанием к его ревизии. ~Пузырная артерия и проток перевязываются отдельно. ~Для пальпации ретроуденальной части холедоха необходимо мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру. =Пальпация общего желчного протока даёт полную информацию о наличии конкрементов в нём и позволяет отказаться от интраоперационной холангиографии. }
<b>Раздел 5. Заболевания брюшной стенки.</b>		
ОПК-4	200	Эндопротез сетка используется при герниопластике: { =Лихтенштейну ~По Бассини. ~По Мартынову. ~По Жирару-Спасокукоцкому }
ОПК-4	201	После операции по поводу пупочной грыжи необходимо: { ~Применять антибиотики =Носить бандаж ~Носить суспензорий ~Носить эластические гольфы 2 ст. компрессии

		}
ОПК-4	202	<p>Характерными признаками косой паховой грыжи являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика.</li> <li>2. Грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика.</li> <li>3. Грыжа часто бывает двухсторонней.</li> <li>4. Грыжа может спускаться в мошонку.</li> <li>5. Грыжа может быть врожденной.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,3; ~2,4; ~2,3; =1,4,5; ~2,3,5.</p> <p>}</p>
ОПК-4	203	<p>При осмотре в приемном отделении больного с ущемленной паховой грыжей, давностью ущемления 2 часа, произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша лечебная тактика? {</p> <p>=Наблюдение за больным в условиях стационара; ~Экстренное грыжесечение; ~Больной может быть отпущен домой; ~Лапаротомия с ревизией кишечника и грыжесечение; ~Экстренная лапароскопия.</p> <p>}</p>
ОПК-4	204	<p>Укажите операцию, которую нужно выполнить больной с флегмоной грыжевого мешка при ущемленной пупочной грыже: {</p> <p>~Операция Лексера; ~Операция Мейо; ~Вскрытие и дренирование флегмоны; =Операция Грекова; ~Операция Сапезко.</p> <p>}</p>
ОПК-4	205	<p>Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи служит: {</p> <p>~Наличие грыжевого выпячивания; =Появление перитонеальных признаков; ~Повышение температуры; ~Дизурические явления; ~Ничто из вышеназванного</p> <p>}</p>
ОПК-4	206	<p>Отличие операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения состоит в следующем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вначале рассекается ущемляющее кольцо.</li> <li>2. Вначале вскрывается грыжевой мешок.</li> <li>3. Методика вмешательства совершенно одинакова.</li> <li>4. Заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот.</li> <li>5. Может сопровождаться резекцией ущемленных органов.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~2,5; ~1,4; ~3;</p>



		=2,4,5; ~5. }
ОПК-4	207	У больного с инфарктом миокарда 12 часов назад произошло ущемление паховой грыжи. Что следует предпринять? { ~Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических обезболивающих препаратов; ~Тактика зависит от локализации инфаркта; =Экстренная операция; ~Операция при развитии перитонита; ~Операция при развитии флегмоны грыжевого мешка. }
ОПК-4	208	Показаниями к экстренной операции при ущемлении наружной брюшной грыжи являются: 1. Резкая боль в области грыжевого выпячивания. 2. Возможность рецидива ущемления. 3. Опасность развития некроза ущемленного органа. 4. Опасность развития перитонита. 5. Опасность развития кишечной непроходимости. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~1,5; ~1,4,5; ~2,3; =3,4,5; ~Всё верно. }
ОПК-4	209	При флегмоне грыжевого мешка, развившейся при ущемлении тонкой кишки, показано: { ~Консервативное лечение: холод, голод, антибактериальная терапия; ~Вскрытие флегмоны; ~Дренирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией; ~Интубация кишечника зондом типа Миллера-Эббота; =Операция: лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника, ликвидация кишечной непроходимости, }
ОПК-4	210	Эндопротез сетка используется при герниопластике: { =Лихтенштейну ~По Бассини. ~По Мартынову. ~По Жирару-Спасокукоцкому }
ОПК-4	211	После операции по поводу пупочной грыжи необходимо: { ~Применять антибиотики =Носить бандаж ~Носить суспензорий ~Носить эластические гольфы 2 ст. компрессии }
ОПК-4	212	Характерными признаками косой паховой грыжи являются:

		<p>1. Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика.  2. Грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика.  3. Грыжа часто бывает двухсторонней.  4. Грыжа может спускаться в мошонку.  5. Грыжа может быть врожденной.  Выберите правильную комбинацию ответов: {  ~1,3;  ~2,4;  ~2,3;  =1,4,5;  ~2,3,5.  }</p>
ОПК-4	213	<p>В случае дифференциальной диагностики водянки яичка от пахово-мошоночной грыжи наиболее достоверными будут:  1. Пункция мошонки.  2. Аускультация.  3. Диафаноскопия.  4. Перкуссия.  5. УЗИ мошонки.  Выберите правильную комбинацию ответов: {  ~1,5;  ~3,5;  ~1,2,3,4;  =1,4,5;  ~Все неправильно.  }</p>
ОПК-4	214	<p>Больному с грыжей белой линии живота производят рентгеноскопию желудка или гастроскопию с целью:  1. Определения характера органа в грыжевом мешке.  2. Выявления размеров грыжевых ворот.  3. Выявления предбрюшинной липомы.  4. Выявления сопутствующей патологии желудка.  Правильным будет: {  ~1,2;  =Только 4;  ~Только 3;  ~Только 1;  ~Это исследование излишне.  }</p>
ОПК-4	215	<p>Признаками ущемления наружной брюшной грыжи являются:  1. Резкая боль в области грыжевого выпячивания.  2. Невправимость грыжевого выпячивания.  3. Болезненность и напряжение грыжевого выпячивания.  4. Высокий тимпанит над грыжевым выпячиванием.  5. Отрицательный симптом "кашлевого толчка".  Выберите правильное сочетание ответов: {  ~1,2,3;  ~2,3,4;  =1,3,5;  ~4,5;  }</p>

		~1,4,5. }
ОПК-4	216	<p>Укажите признаки ущемленной грыжи:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно определить размеры грыжевых ворот.</li> <li>2. Резкие боли в области грыжевого выпячивания.</li> <li>3. Невправимость грыжи.</li> <li>4. Плотная консистенция грыжевого выпячивания.</li> <li>5. Положительный симптом "кашлевого толчка".</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2,3; ~2,3,5; =2,3,4; ~1,4,5; ~1,3. }</p>
ОПК-4	217	<p>При ревизии кишечной петли после устранения ущемления и согревания её, установлено, что кишка розового цвета. Укажите еще два обязательных признака жизнеспособности кишки:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие странгуляционной борозды.</li> <li>2. Наличие пульсации артерий брыжеечного края кишки.</li> <li>3. Отсутствие газа в просвете кишки.</li> <li>4. Наличие перистальтики кишки.</li> <li>5. Отсутствие налета фибрина на серозном покрове кишки.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2; ~2,3; =2,4; ~4,5; ~1,5. }</p>
ОПК-4	218	<p>При определении жизнеспособности ущемленной петли кишки следует ориентироваться на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Цвет кишки;</li> <li>2. Наличие перистальтики;</li> <li>3. Пульсацию сосудов брыжейки;</li> <li>4. Наличие выпота в брюшной полости;</li> <li>5. Наличие странгуляционных борозд.</li> </ol> <p>Выберите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~2,3; ~2; ~2,4,5; ~1,3,5; =1,2,3. }</p>
ОПК-4	219	<p>Ущемление грыжи характеризуется всеми следующими признаками, кроме: {</p> <p>~Резких болей в области грыжевого выпячивания;</p> <p>~Внезапного развития заболевания;</p>

		<p>~Симптомов кишечной непроходимости;          =Свободного вправления грыжи в брюшную полость;          ~Внезапного прекращения возможности вправиться в брюшную полость.          }</p>
ОПК-4	220	<p>Укажите признак, не характерный для кривой паховой грыжи: {          ~Грыжевое выпячивание имеет овальную форму;          ~Грыжевое выпячивание может спускаться в мошонку;          ~Грыжа может быть врожденной;          ~Грыжа бывает двухсторонней;          =Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной.          }</p>
ОПК-4	221	<p>Наружная брюшная грыжа становится невосприимчивой вследствие:          1. Образования спаек между грыжевым мешком и грыжевым содержимым.          2. Спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника.          3. Развития фиброзного процесса между грыжевым мешком и окружающими его тканями.          4. Несовпадения вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот.          5. Повышения внутрибрюшного давления.          Выберите правильную комбинацию ответов: {          ~3,4;          ~1,4;          =1,2;          ~1,4,5;          ~2,3,4.          }</p>
ОПК-4	222	<p>У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации? {          ~Направить на операцию грыжесечения;          =Операцию грыжесечения рекомендовать после аденомэктомии;          ~Показано только консервативное лечение;          ~Рекомендовать операцию грыжесечения, а затем аденомэктомию;          ~Все ответы правильные.          }</p>
ОПК-4	223	<p>У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика? {          ~Экстренная операция;          ~Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке;          ~Экстренная лапароскопия;          =Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре;          ~Все ответы неправильные.          }</p>
ОПК-4	224	<p>Операция при ущемленной паховой грыже состоит в следующем:          1. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом.          2. Кожный разрез проводится параллельно и несколько выше</p>

		<p>пупартовой связки.</p> <p>3. Одним из первых этапов операции является рассечение грыжевых ворот, а затем вскрывается грыжевой мешок.</p> <p>4. Одним из первых этапов операции является вскрытие грыжевого мешка, а затем рассекают наружное паховое кольцо.</p> <p>5. Первоначально производят срединную лапаротомию.</p> <p>Укажите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~1,3;</p> <p>~2,3;</p> <p>~1,4;</p> <p>=2,4;</p> <p>~Всё вышеперечисленное неверно.</p> <p>}</p>
ОПК-4	225	<p>Пластика пахового канала по Бассини при прямой паховой грыже заключается в:</p> <p>1. Фиксации краев внутренней косой и поперечной мышц с поперечной фасцией к паховой связке позади семенного канатика.</p> <p>2. Перевязке семенного канатика двумя лигатурами без перевязки его сосудов.</p> <p>3. Фиксации влагалища прямой мышцы к паховой связке в области лонного бугорка.</p> <p>4. Дубликатура апоневроза наружной косой мышцы создается позади семенного канатика.</p> <p>5. Апоневроз наружной косой мышцы сшивается впереди семенного канатика.</p> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2;</p> <p>~1,2,3;</p> <p>=1,3,5;</p> <p>~2,4;</p> <p>~Всё неверно.</p> <p>}</p>
ПК-1	226	<p>При косой паховой грыже целесообразно производить пластику пахового канала по методу:</p> <p>1. Сапежко.</p> <p>2. Мейо.</p> <p>3. Бассини-Постемпского.</p> <p>4. Жирара-Спасокукоцкого.</p> <p>5. Бассини.</p> <p>Укажите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~1,3;</p> <p>~2,4;</p> <p>~3,4;</p> <p>=3,5;</p> <p>~Только 4.</p> <p>}</p>
ПК-1	227	<p>Во время операции по поводу ущемленной грыжи при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нем не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В нём 40 мл воспалительного экссудата.</p> <p>Укажите вид ущемления: {</p>

		<p>~Пристеночное;  ~Грыжа Литтре;  =Ложное ущемление;  ~Ретроградное ущемление;  ~Грыжа Рихтера.  }</p>
ПК-1	228	<p>В этиологии наружных брюшных грыж имеет значение: {  ~Слабость мышечно-апоневротических образований брюшной стенки; ~  Наличие естественных слабых мест брюшной стенки;  ~Количество родов в анамнезе;  ~Тяжелая физическая работа;  =Все перечисленные факторы.  }</p>
ПК-1	229	<p>При осмотре в приемном отделении больного с ущемленной паховой грыжей, давностью ущемления 2 часа, произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша лечебная тактика? {  =Наблюдение за больным в условиях стационара;  ~Экстренное грыжесечение;  ~Больной может быть отпущен домой;  ~Лапаротомия с ревизией кишечника и грыжесечение;  ~Экстренная лапароскопия.  }</p>
ПК-1	230	<p>Укажите операцию, которую нужно выполнить больной с флегмоной грыжевого мешка при ущемленной пупочной грыже: {  ~Операция Лексера;  ~Операция Мейо;  ~Вскрытие и дренирование флегмоны;  =Операция Грекова;  ~Операция Сапежко.  }</p>
ПК-1	231	<p>Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном впадении ущемленной грыжи служит: {  ~Наличие грыжевого выпячивания;  =Появление перитонеальных признаков;  ~Повышение температуры;  ~Дизурические явления;  ~Ничто из вышеназванного.  }</p>
ПК-1	232	<p>Отличие операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения состоит в следующем:  1. Вначале рассекается ущемляющее кольцо.  2. Вначале вскрывается грыжевой мешок.  3. Методика вмешательства совершенно одинакова.  4. Заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот.  5. Может сопровождаться резекцией ущемленных органов.  Выберите правильную комбинацию ответов: {  ~2,5;  ~1,4;  ~3;  =2,4,5;</p>

		~5. }
ПК-1	233	<p>Во время операции по поводу прямой паховой грыжи обнаружен высокий паховый промежуток. Какой вариант пластики и какой стенки пахового канала Вы выберете?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Передней.</li> <li>2. Задней.</li> <li>3. По Бассини.</li> <li>4. По Мартынову.</li> <li>5. По Жирану-Спасокукоцкому.</li> </ol> <p>Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,4; ~1,5; ~2,5; ~1,3; =2,3. }</p>
ПК-1	234	<p>При флегмоне грыжевого мешка, развившейся при ущемлении тонкой кишки, показано: {</p> <p>~Консервативное лечение: холод, голод, антибактериальная терапия; ~Вскрытие флегмоны; ~Дренирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией; ~Интубация кишечника зондом типа Миллера-Эббота; =Операция: лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника, ликвидация кишечной непроходимости }</p>
ПК-1	235	<p>Для выделения грыжевого мешка при прямой паховой грыже необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рассечь апоневроз наружной косой мышцы живота.</li> <li>2. Рассечь поперечную фасцию.</li> <li>3. Выделить грыжевой мешок из элементов семенного канатика.</li> <li>4. Рассечь мышцу, поднимающую, яичко.</li> <li>5. Отделить грыжевой мешок от яичка.</li> </ol> <p>Правильным будет: {</p> <p>=1,2; ~1,4; ~2,3; ~2,4,5; ~3,4,5 }</p>
ПК-1	236	<p>Операция по методу Бассини при косой паховой грыже состоит из следующих этапов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вскрытие апоневроза наружной косой мышцы живота.</li> <li>2. Сужение внутреннего пахового кольца, пластика задней стенки пахового канала.</li> <li>3. Формирование дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.</li> <li>4. Перемещение семенного канатика под кожу.</li> </ol>

		<p>5. Грыжевой мешок не иссекается, только прошивается у шейки. Выберите правильную комбинацию ответов: {</p> <p>~1,3,5; ~2,4; =1,2; ~1,3; ~1,2,3,4. }</p>
ПК-1	237	<p>У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика? {</p> <p>~Экстренная операция; ~Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке; ~Экстренная лапароскопия; =Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре; ~Все ответы неправильные }</p>
ПК-1	238	<p>Операция при ущемленной паховой грыже состоит в следующем:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом.</li> <li>2. Кожный разрез проводится параллельно и несколько выше пупартовой связки.</li> <li>3. Одним из первых этапов операции является рассечение грыжевых ворот, а затем вскрывается грыжевой мешок.</li> <li>4. Одним из первых этапов операции является вскрытие грыжевого мешка, а затем рассекают наружное паховое кольцо.</li> <li>5. Первоначально производят срединную лапаротомию.</li> </ol> <p>Укажите правильное сочетание ответов: {</p> <p>~1,3; ~2,3; ~1,4; =2,4; ~Всё вышеперечисленное неверно. }</p>
ПК-1	239	<p>Во время операции по поводу ущемленной грыжи при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нем не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В нём 40 мл воспалительного экссудата. Укажите вид ущемления: {</p> <p>~ Пристеночное; ~ Грыжа Литтре; =Ложное ущемление; ~Ретроградное ущемление; ~Грыжа Рихтера. }</p>
ПК-1	240	<p>При осмотре в приемном отделении больного с ущемленной паховой грыжей, давностью ущемления 2 часа, произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша лечебная тактика? {</p> <p>=Наблюдение за больным в условиях стационара; ~Экстренное грыжесечение; ~Больной может быть отпущен домой; ~Лапаротомия с ревизией кишечника и грыжесечение;</p>



		~Экстренная лапароскопия. }
ПК-1	241	Укажите операцию, которую нужно выполнить больной с флегмоной грыжевого мешка при ущемленной пупочной грыже: { ~Операция Лексера; ~Операция Мейо; ~Вскрытие и дренирование флегмоны; =Операция Грекова; ~Операция Сапежко. }
ПК-1	242	Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи служит: { ~Наличие грыжевого выпячивания; =Появление перитонеальных признаков; ~Повышение температуры; ~Дизурические явления; ~Ничто из вышеназванного }
ПК-1	243	Отличие операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения состоит в следующем: 1. Вначале рассекается ущемляющее кольцо. 2. Вначале вскрывается грыжевой мешок. 3. Методика вмешательства совершенно одинакова. 4. Заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот. 5. Может сопровождаться резекцией ущемленных органов. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~2,5; ~1,4; ~3; =2,4,5; ~5. }
ПК-1	244	У больного с инфарктом миокарда 12 часов назад произошло ущемление паховой грыжи. Что следует предпринять? { ~Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических обезболивающих препаратов; ~Тактика зависит от локализации инфаркта; =Экстренная операция; ~Операция при развитии перитонита; ~Операция при развитии флегмоны грыжевого мешка. }
ПК-1	245	Показаниями к экстренной операции при ущемлении наружной брюшной грыжи являются: 1. Резкая боль в области грыжевого выпячивания. 2. Возможность рецидива ущемления. 3. Опасность развития некроза ущемленного органа. 4. Опасность развития перитонита. 5. Опасность развития кишечной непроходимости. Выберите правильную комбинацию ответов: { ~1,5;

		<p>~1,4,5; ~2,3; =3,4,5; ~Все верно. }</p>
ПК-1	246	<p>При флегмоне грыжевого мешка, развившейся при ущемлении тонкой кишки, показано: { ~Консервативное лечение: холод, голод, антибактериальная терапия; ~Вскрытие флегмоны; ~Дренажирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией; ~Интубация кишечника зондом типа Миллера-Эббота; =Операция: лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника, ликвидация кишечной непроходимости, }</p>
Радел 6. Перитонит.		
ОПК-4	247	<p>Наилучший материал для дренирования брюшной полости при разлитом перитоните: { ~марлевые тампоны ~стеклянные трубки ~резиновые трубки =силиконовые трубки ~полиэтиленовые полоски }</p>
ОПК-4	248	<p>Одним из показаний к назоинтестинальной интубации является разлитой гнойный перитонит. Выберите из нижеперечисленных основные функции зонда, обосновывающие патогенетическое применение этого метода лечения при перитоните:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимость длительной декомпрессии тонкой кишки.</li> <li>2. Необходимость детоксикации кишечного содержимого.</li> <li>3. Профилактика спаечной непроходимости кишечника.</li> <li>4. Селективная деконтаминация кишечника.</li> <li>5. Необходимость раннего энтерального питания.</li> </ol> <p>Правильным будет: { ~1,2,3,5. ~2,3,4,5. ~Только 3. ~Только 5. =Все ответы верные. }</p>
ОПК-4	249	<p>Укажите из представленных клиническую форму перитонита, не требующую оперативного лечения: { ~Местный фибринозно-гнойный. =Панкреатогенный ферментативный. ~Диффузный фибринозно-гнойный. ~Желчный. ~Каловый. }</p>

ОПК-4	250	Из представленных этиологических форм перитонита выберите одну, характеризующуюся трудностями диагностики и наиболее тяжелым течением: { =Послеоперационный. ~Панкреатогенный. ~Посттравматический. ~Аппендикулярный. ~После гемодиализа. }
ОПК-4	251	Из представленных заболеваний выберите одно, для которого в патогнезе бактериальный фактор в ранние сроки заболевания не играет ведущей роли: { ~Перфорация опухоли толстой кишки. =Панкреонекроз. ~Травма тонкой кишки. ~Деструктивный аппендицит. ~Деструктивный холецистит. }
ОПК-4	252	Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез – 800 мл. Лейкоциты крови – $15 \times 10^9/\text{л}$ . гемоглобин – 131 г/л., диастаза мочи – 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальный операционный доступ: { ~по Федорову ~по Кохеру ~по Леандору =верхнесрединная лапортомия ~нижнесрединная лапортомия }
ОПК-4	253	Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез – 800 мл. Лейкоциты крови – $15 \times 10^9/\text{л}$ . гемоглобин – 131 г/л., диастаза мочи – 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальную лечебную тактику: {

		<p>~Лапароскопия с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа.</p> <p>=Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей операцией.</p> <p>~Больной не нуждается в предоперационной инфузионной терапии. Показана экстренная операция.</p> <p>~Ультразвуковое исследование брюшной полости с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа.</p> <p>~Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей эзофагогастроскопией.</p> <p>}</p>
ОПК-4	254	<p>Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каловый перитонит.</li> <li>2. Разлитой гнойный перитонит.</li> <li>3. Мезентериальный тромбоз.</li> <li>4. Флегмона передней брюшной стенки.</li> <li>5. Инфицированный панкреонекроз.</li> </ol> <p>Выберите наилучшую комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2,4.</p> <p>~2,5.</p> <p>~1,2,3,5.</p> <p>~2,3,4,5.</p> <p>=Все верно.</p> <p>}</p>
ОПК-4	255	<p>Наилучший материал для дренирования брюшной полости при разлитом перитоните: {</p> <p>~марлевые тампоны</p> <p>~стеклянные трубки</p> <p>~резиновые трубки</p> <p>=силиконовые трубки</p> <p>~полиэтиленовые полоски</p> <p>}</p>
ОПК-4	256	<p>Одним из показаний к назоинтестинальной интубации является разлитой гнойный перитонит. Выберите из нижеперечисленных основные функции зонда, обосновывающие патогенетическое применение этого метода лечения при перитоните:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимость длительной декомпрессии тонкой кишки.</li> <li>2. Необходимость детоксикации кишечного содержимого.</li> <li>3. Профилактика спаечной непроходимости кишечника.</li> <li>4. Селективная деконтаминация кишечника.</li> <li>5. Необходимость раннего энтерального питания.</li> </ol> <p>Правильным будет: {</p> <p>~1,2,3,5.</p> <p>~2,3,4,5.</p> <p>~Только 3.</p> <p>~Только 5.</p> <p>=Все ответы верные.</p> <p>}</p>
ОПК-4	257	<p>Выберите из перечисленных методы, не позволяющие диагностировать</p>

		<p>абсцессы брюшной полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ультразвуковое сканирование.</li> <li>2. Обзорная рентгенография брюшной полости.</li> <li>3. Колоноскопия.</li> <li>4. Компьютерная томография.</li> <li>5. Лапароскопия.</li> </ol> <p>Отметьте лучшую комбинацию ответов: {</p> <p>~1,3,5.</p> <p>~2,4.</p> <p>=3,5.</p> <p>~2,4,5.</p> <p>~1,5.</p> <p>}</p>
ОПК-4	258	<p>Рентгенологические симптомы перитонита (обзорная рентгеноскопия) не является: {</p> <p>~высокое стояние диафрагмы</p> <p>~чаши Клойбера</p> <p>~"светлый живот"</p> <p>=пневмоперитонеум</p> <p>~симптом растянутой пружины</p> <p>}</p>
ОПК-4	259	<p>При перитоните высокоинформативным методом дифференциальной диагностики его причины и характера является: {</p> <p>=Лапароскопия.</p> <p>~Ультрасонография.</p> <p>~Лапароцентез.</p> <p>~Компьютерная томография.</p> <p>~Определение уровня С-реактивного белка.</p> <p>}</p>
ОПК-4	260	<p>При разлитых формах фибринозно-гнояного перитонита наиболее точными характеристиками микрофлоры перитонеального экссудата являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мономикробный рост бактерий.</li> <li>2. Полимикробный рост бактерий.</li> <li>3. Превалирование бактерий грамотрицательного спектра.</li> <li>4. Превалирование бактерий грамположительного спектра.</li> <li>5. Наличие бактериальной микрофлоры.</li> </ol> <p>Выберите наилучшую комбинацию ответов: {</p> <p>~1,3,5.</p> <p>~1,4.</p> <p>~1,5.</p> <p>~2,5.</p> <p>=2,3,5.</p> <p>}</p>
ПК-1	261	<p>В дифференциальной диагностике перитонита аппендикулярного и гинекологического происхождения наиболее точным методом является: {</p> <p>=Лапароскопия.</p> <p>~Ультрасонография.</p> <p>~Пункция заднего свода влагалища.</p> <p>}</p>

		<p>~Обзорный снимок брюшной полости. ~Лапароцентез. }</p>
ПК-1	262	<p>Основными факторами, определяющими исход заболевания при перитоните являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Распространенность поражения брюшины.</li> <li>2. Вирулентность возбудителей.</li> <li>3. Источник перитонита.</li> <li>4. Давность заболевания.</li> <li>5. Возраст больного.</li> </ol> <p>Выберите наилучшую комбинацию ответов: { ~1,2,3. ~1,4,5. ~1,2,3,5. ~2,3,4,5. =Все верно. }</p>
ПК-1	263	<p>Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются: {</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каловый перитонит.</li> <li>2. Разлитой гнойный перитонит.</li> <li>3. Мезентериальный тромбоз.</li> <li>4. Флегмона передней брюшной стенки.</li> <li>5. Инфицированный панкреонекроз.</li> </ol> <p>Выберите наилучшую комбинацию ответов: ~1,2,4. ~2,5. ~1,2,3,5. ~2,3,4,5. =Все верно. }</p>
ПК-1	264	<p>Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез – 800 мл. Лейкоциты крови – <math>15 \times 10^9</math>/л. гемоглобин – 131 г/л., диастаза мочи – 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальную лечебную тактику: { ~Лапароскопия с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа. =Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей операцией. ~Больной не нуждается в предоперационной инфузионной терапии. Показана экстренная операция. ~Ультразвуковое исследование брюшной полости с целью уточнения</p>

		<p>диагноза и выбора хирургического доступа. ~Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей эзофагогастроскопией. }</p>
ПК-1	265	<p>Больная 40 лет, оперирована через 1,5 суток от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отек брюшины с наложениями пленок фибрина, гнойный перитониальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, темно-багрового цвета с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения: { =Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Установка дренажей. Ушивание лапаротомной раны наглухо. ~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Установка тампона и микроиригатора в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо. ~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо. ~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо. ~Аппендэктомия, лапаростомия. }</p>
ПК-1	266	<p>Укажите из представленных клиническую форму перитонита, не требующую оперативного лечения: { ~Местный фибринозно-гнойный. =Панкреатогенный ферментативный. ~Диффузный фибринозно-гнойный. ~Желчный. ~Каловый. }</p>
ПК-1	267	<p>Из представленных этиологических форм перитонита выберите одну, характеризующуюся трудностями диагностики и наиболее тяжелым течением: { =Послеоперационный. ~Панкреатогенный. ~Посттравматический. ~Аппендикулярный. ~После гемодиализа. }</p>
ПК-1	268	<p>Из представленных заболеваний выберите одно, для которого в патогнезе бактериальный фактор в ранние сроки заболевания не играет ведущей роли: { ~Перфорация опухоли толстой кишки. =Панкреонекроз. ~Травма тонкой кишки. ~Деструктивный аппендицит. ~Деструктивный холецистит. }</p>
ПК-1	269	<p>Больная 40 лет, оперирована через 1,5 суток от начала заболевания</p>

		<p>срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отек брюшины с наложениями пленок фибрина, гнойный перитониальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, темно-багрового цвета с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения: {</p> <p>=Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Установка дренажей. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p> <p>~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Установка тампона и микроирригатора в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p> <p>~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p> <p>~Аппендэктомия, санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p> <p>~Аппендэктомия, лапаростомия.</p> <p>}</p>
ПК-1	270	<p>Укажите из представленных клиническую форму перитонита, не требующую оперативного лечения: {</p> <p>~Местный фибринозно-гнойный.</p> <p>=Панкреатогенный ферментативный.</p> <p>~Диффузный фибринозно-гнойный.</p> <p>~Желчный.</p> <p>~Каловый.</p> <p>}</p>
ПК-1	271	<p>Из представленных этиологических форм перитонита выберите одну, характеризующуюся трудностями диагностики и наиболее тяжелым течением: {</p> <p>=Послеоперационный.</p> <p>~Панкреатогенный.</p> <p>~Посттравматический.</p> <p>~Аппендикулярный.</p> <p>~После гемодиализа.</p> <p>}</p>
ПК-1	272	<p>Из представленных заболеваний выберите одно, для которого в патогнезе бактериальный фактор в ранние сроки заболевания не играет ведущей роли: {</p> <p>~Перфорация опухоли толстой кишки.</p> <p>=Панкреонекроз.</p> <p>~Травма тонкой кишки.</p> <p>~Деструктивный аппендицит.</p> <p>~Деструктивный холецистит.</p> <p>}</p>
ПК-1	273	<p>Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные</p>



		<p>покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез – 800 мл. Лейкоциты крови – <math>15 \times 10^9</math>/л. гемоглобин – 131 г/л., диастаза мочи – 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальный операционный доступ: {</p> <p>~по Федорову ~по Кохеру ~по Леандору =верхнесрединная лапортомия ~нижнесрединная лапортомия }</p>
ПК-1	274	<p>Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД – 26 в минуту. ЧСС – 120 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез – 800 мл. Лейкоциты крови – <math>15 \times 10^9</math>/л. гемоглобин – 131 г/л., диастаза мочи – 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальную лечебную тактику: {</p> <p>~Лапароскопия с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа. =Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей операцией. ~Больной не нуждается в предоперационной инфузионной терапии. Показана экстренная операция. ~Ультразвуковое исследование брюшной полости с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа. ~Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей эзофагогастроскопией. }</p>
ПК-1	275	<p>Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Каловый перитонит.</li> <li>2. Разлитой гнойный перитонит.</li> <li>3. Мезентериальный тромбоз.</li> <li>4. Флегмона передней брюшной стенки.</li> <li>5. Инфицированный панкреонекроз.</li> </ol> <p>Выберите наилучшую комбинацию ответов: {</p> <p>~1,2,4. ~2,5. ~1,2,3,5. ~2,3,4,5. =Все верно.</p>

		}
--	--	---

### Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценк~ – выделено 4 уровня оценивания компетенций:  
**высокий** - более 80% правильных ответов;  
**достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;  
**пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;  
**критический** – менее 50% правильных ответов.

### Ключ к тестовым заданиям

1. Г	2. Б	3. Б	4. Г	5. В	6. Б	7. А
8. Г	9. В	10. Г	11. В	12. В	13. Д	14. В
15. Б	16. Г	17. Б	18. В	19. Г	20. В	21. Д
22. В	23. Д	24. В	25. Д	26. Е	27. Г	28. Г
29. В	30. Г	31. Е	32. В	33. Б	34. Г	35. В
36. Б	37. Б	38. В	39. А	40. Г	41. Д	42. В
43. Г	44. Г	45. Д	46. В	47. В	48. В	49. В
50. А	51. В	52. А	53. В	54. Б	55. Б	56. В
57. Г	58. В	59. Г	60. А	61. Г	62. В	63. Г
64. В	65. А	66. В	67. Г	68. А	69. Г	70. Г
71. В	72. Д	73. Г	74. Б	75. Б	76. Г	77. В
78. А	79. Д	80. АБД	81. ГД	82. АВГ	83. АБД	84. ГД
85. АБВ	86. БВД	87. АБ	88. АБВ	89. АД	90. БВГ	91. Б
92. Г	93. Г	94. В	95. Г	96. Г	97. А	98. В
99. Г	100. В	101. Б	102. 5	103. В	104. 4	105. В
106. Г	107. В	108. 4	109. Г	110. Д	111. 5	112. В
113. Б	114. Г	115. Д	116. А	117. Г	118. А	119. А
120. А	121. Б	122. Д	123. Г	124. В	125. Д	126. А
127. А	128. А	129. А	130. В	131. А	132. В	133. В
134. В	135. Г	136. Б	137. Г	138. А	139. Д	140. А
141. А	142. В	143. В	144. Г	145. Д	146. Г	147. Б
148. Г	149. Г	150. В	151. А	152. 5	153. 5	154. 5
155. В	156. 3	157. Д	158. В	159. А	160. Б	161. Г
162. Б	163. Д	164. В	165. Б	166. А	167. Б	168. Г
169. Б	170. А	171. В	172. А	173. А	174. Г	175. А
176. А	177. Д	178. Г	179. Б	180. Д	181. А	182. А
183. Г	184. В	185. Д	186. Б	187. Г	188. Г	189. В
190. Г	191. Г	192. Б	193. Б	194. В	195. А	196. Г
197. Г	198. В	199. Д	200. А	201. Б	202. Г	203. А
204. Г	205. Б	206. Г	207. В	208. Г	209. Д	210. А
211. Б	212. Г	213. Г	214. Б	215. В	216. В	217. В
218. Д	219. Г	220. Д	221. В	222. Б	223. Г	224. Г
225. В	226. Г	227. В	228. Д	229. А	230. Г	231. Б
232. Г	233. Д	234. Д	235. А	236. В	237. Г	238. Г
239. В	240. А	241. Г	242. Б	243. Г	244. В	245. Г
246. Д	247. Г	248. Д	249. Б	250. А	251. Б	252. Г
253. Б	254. Д	255. Г	256. Д	257. В	258. В	259. А
260. Д	261. А	262. Д	263. Д	264. Б	265. А	266. Б
267. А	268. Б	269. А	270. Б	271. А	272. Б	273. Г
274. Б	275. Д					

--	--	--	--	--	--	--

#### 4.2 Комплект задач для текущего контроля и контроля самостоятельной работы обучающихся

Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
ОПК-4	1	У женщины 31 года появились боли в подложечной области, тошнота, повысилась температура до 37,3°C. Через несколько часов боли распространились по всему животу, а затем локализовались в правой подвздошной области. При пальпации живота обнаружено напряжение мышц в правом нижнем квадранте. Боли усиливаются при положении больной на левом боку. При вагинальном исследовании определяется болезненность правого свода. Разница температуры ректальной и в подмышечной области – 1,3°C. Каким заболеванием вызвана данная клиническая картина? Какие симптомы выявлены? Тактика лечения?
ОПК-4	2	У больного 47 лет 5 дней назад появились боли в правом боку, тошнота, однократная рвота. К врачам не обращался, пил но-шпу. Лежал дома, температуру не измерял. Однако боли продолжали беспокоить, стал ощущать «чувство жара». При осмотре - кожа лица слегка гиперемирована, пульс 92 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется плотное, болезненное, без четких границ, не смещаемое образование 12x8 см, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Какой диагноз у данного пациента? Какое лечение следует применить?
ОПК-4	3	У больной 63 лет после поднятия тяжести в области пупка появилось округлое образование размером с яблоко, сильные боли в животе, повторная рвота. Ранее такое, только меньших размеров, образование выходило, но в положении лёжа самопроизвольно вправлялось. В данный момент образование не ликвидировалось в горизонтальном положении и не вправилось в брюшную полость. При осмотре - на лице гримаса боли, в пупочной области округлое образование 8x10x5 см, болезненное, эластической консистенции, кашлевой толчок не проводится. Кожа над образованием слегка цианотична. При пальпации живота умеренная болезненность во всех отделах, при перкуссии - тимпанит. Каков диагноз у данной пациентки? Тактика врача в данной ситуации?
ОПК-4	4	В течении трех часов больной, 37 лет, испытывает резкий приступ боли в подложечной области справа («как будто ударили ножом»), тошноту. С юношеских лет страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки. Поскольку боли были весьма интенсивными, родственники вызвали «Скорую помощь».

		<p>При поступлении: положение вынужденное на правом боку. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. Положителен симптом Дзбановского-Чугуева. При пальпации передняя брюшная стенка резко болезненная и напряжена во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость отсутствует. В правой подвздошной области симптом Щеткина-Блюмберга положителен.</p> <p>Каков диагноз у данного пациента? Какие методы инструментальной диагностики следует применить? Какова лечебная тактика?</p>
ОПК-4	5	<p>Больная 64 лет после приёма в пищу жареной рыбы почувствовала боль в правом подреберье, тошноту. Трижды была рвота желчью.</p> <p>Подобные боли впервые. Приём но-шпы и промывание желудка эффекта не оказали. Ввиду непрекращающихся болей обратилась в поликлинику. Участковый врач направил больную в дежурную больницу. При поступлении - состояние средней тяжести. Больная повышенного питания, склеры глаз слегка иктеричны. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот увеличен в объеме, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь. Здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Определяется болезненность между ножками т. Sternocleidomastoideus.</p> <p>Какой диагноз у данной пациентки? Какова тактика врача в данной ситуации?</p>
ОПК-4	6	<p>Больной, 77 лет, почувствовал схваткообразные боли в животе, выраженную тошноту. Через несколько часов была двукратная рвота, вначале съеденной пищей, а затем желчью. Стула не было последние трое суток. Отмечает потерю аппетита, отвращение к мясным продуктам, похудание за последние полгода. При осмотре - больной пониженного питания, кожные покровы бледной окраски, глазные яблоки запавшие. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот ассиметричный, правая половина живота вздута, левая запавшая, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот умеренно болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В мезогастрии слево при пальпации определяется симптом Валя, при перкуссии здесь же положителен симптом Кивуля. Положителен симптом Склярова. Перкуторно в отлогих частях живота - притупление.</p> <p>Какой диагноз у данного больного? Какие методы инструментальной диагностики следует подтверждения диагноза? Какова лечебная тактика?</p>
ОПК-4	7	<p>Ребенок, 8 лет, стал жаловаться на очень сильные боли в животе, была неоднократная рвота. Стул отсутствовал двое суток. При осмотре - поведение мальчика беспокойное,</p>

		<p>кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот мягкий, в правом подреберье определяется «колбасообразное» продолговатое болезненное образование. Per rectum: на перчатке следы кала и кровь.</p> <p>Какой предположительно диагноз у ребенка? Какое исследование необходимо выполнить? Какие лечебные мероприятия следует произвести?</p>
ОПК-4	8	<p>Больная, 58 лет, почувствовала очень сильные боли в подложечной области, которые затем распространились в оба подреберья, а через несколько часов приняли «опоясывающий» характер. Боли сопровождались многократной рвотой, не приносящей облегчения. Объективно - поведение больной беспокойное, кожные покровы мраморной окраски. Склеры глаз слегка иктеричны. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует не равномерно, верхняя половина отстаёт. При пальпации живот мягкий, болезненный эпигастрии, где пальпируется болезненное, плотное, объемное образование без четких. Отмечается болезненность в левом рёберно-позвоночном углу. Положительны симптомы Чухриенко, Воскресенского. В моче повышенное содержание диастазы.</p> <p>Каков диагноз у пациентки? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для подтверждения диагноза? Какое лечение следует применить?</p>
ОПК-4	9	<p>Больной 15 лет, поступил в торакальное отделение с жалобами на кашель с отхождением гнойной мокроты, особенно по утрам. Болен с детства, неоднократно лечился по поводу пневмонии, увеличение количества откашливаемой мокроты отмечает весной и осенью. В 4-х летнем возрасте перенес корь. Объективно: высокого роста, астеничен. Кожные покровы бледные. Грудная клетка асимметрична, левая половина, особенно в нижних отделах, запавшая. При перкуссии границы средостения смещены влево. Слева сзади под лопаткой многочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. В анализе крови Le 10x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 28 мм/час.</p> <p>Каков предварительный диагноз у данного пациента? Какие рентгенологические методы обследования следует применить? Какое лечение необходимо назначить?</p>
ОПК-4	10	<p>Больной, 45 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на высокую температуру (до 39°C), боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель со скудной мокротой, резкую слабость. Болен две недели, несмотря на проводимое лечение на дому, состояние продолжает ухудшаться. Объективно - состояние тяжёлое. Положение вынужденное - больной сидит, опираясь руками в края кровати. Кожные покровы землистые, слизистые цианотичны, вены шеи</p>

		<p>набухшие, особенно справа, правая половина грудной клетки отстает при дыхании, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии - слева легочной звук, справа притупление над всеми легочными полями. Границы средостения смещены влево. Аускультативно - справа дыхание не прослушивается, слева везикулярное с единичными свистящими хрипами.</p> <p>Каков предположительный диагноз? С помощью какого метода исследования возможно установление окончательного диагноза? Как следует лечить пациента?</p>
ОПК-4	11	<p>Больной. 56 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли по всему животу, постоянную необильную рвоту с неприятным запахом, не отхождение газов. Болен в течение 6 дней. Вначале заболевания больной отметил возникновение боли в эпигастриальной области, которые через несколько часов переместились в правую подвздошную область, тошноту. К врачам не обращался, пил водку с солью. Состояние постепенно ухудшалось, боли распространились по всему животу, присоединилась частая рвота. Родственники доставили больного в больницу. Состояние больного тяжёлое. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Черты лица заострены, глаза запавшие. Пульс- 124 уд, в мин. слабого наполнения, АД 100/70 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт коричневым налётом. Живот равномерно вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, резко болезненный. Положителен симптом Щёткина - Блюмберга во всех отделах. Перкуторно - тимпанит, при аускультации - единичные кишечные шумы. Стула не было с момента заболевания, газы не отходят.</p> <p>Каков диагноз у данного пациента? Какие инструментальные, методы следует использовать для подтверждения диагноза? Какой метод лечения следует применить?</p>
ОПК-4	12	<p>Больная, 48 лет, поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул. Подобное состояние отмечает в течение последних суток. Ранее, около 2 лет беспокоили умеренные боли в эпигастрии по утрам, проходившие после приёма пищи. Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледной окраски, подкожно-жировой слой выражен слабо. Пульс 104 удара в мин., АД 95/80 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен налетом цвета «кофейной гущи». Живот втянут, участвует в акте дыхания во всех отделах. При пальпации живот мягкий, безболезненный.</p> <p>Какие инструментальные методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза? Каков клинический диагноз у данной пациентки? Какое лечение следует назначить больной?</p>
ОПК-4	13	<p>Больной, 53 лет, поступил в торакальное отделение с жалобами на периодически возникающий кашель с выделением небольшого количества гнойной мокроты, субфебрильную</p>



		<p>температуру, общую слабость, плохой аппетит. Три месяца назад выписан из пульмонологического отделения, где лечился от абсцедирующей бронхопневмонии справа.</p> <p>При осмотре - состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-землистой окраски, легкий цианоз губ. Подкожно-жировой слой выражен слабо, концевые фаланги пальцев рук утолщены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии - легочный звук, при аускультации слева - везикулярное дыхание, при аускультации справа-сзади на уровне гребня лопатки -амфорическое дыхание. В анализе крови - Нв. 105 г/л, Le 9,8x10<sup>9</sup>.</p> <p>Какие инструментальные способы диагностики необходимо использовать для подтверждения клинического диагноза? Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие методы лечения следует использовать?</p>
ОПК-4	14	<p>Больная 29 лет, поступила в отделение сосудистой хирургии с жалобами на чувство онемения и жжения в кистях обеих рук, интенсивные боли в пальцах кистей (особенно в указательном) на холоде и при погружении в холодную воду. Считает себя больной в течение 2-х лет. К врачам не обращалась. В связи с усилением боли в кистях госпитализирована.</p> <p>Объективно - общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы пальцев кистей бледные, при пальпации холодные и влажные (особенно дистальные фаланги). Пульс на лучевых артериях слабого наполнения и напряжения. Функция кистей сохранена. На реовазографии верхних конечностей - нитроглицериновая проба отрицательная.</p> <p>Каков предварительный диагноз у данной пациентки? Какие механизмы лежат в основе заболевания? Какие методы лечения?</p>
ОПК-4	15	<p>Мужчина, 60 лет, жалуется на появление сильных болей в икроножных мышцах обеих ног после того, как пройдет 250-300 метров, чувство онемения и зябкости стоп. Курильщик с 35-летним стажем. Объективно - состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит слабо. Нижние конечности атрофичны, мышцы дряблые, кожа бледной окраски, волосяной покров практически отсутствует. На подошвенной поверхности стоп - гиперкератоз. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях отсутствует на всех трех уровнях. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум.</p> <p>Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие методы лечения можно применить?</p>
ПК-1	16	<p>Мама ребенка 3 лет жалуется на наличие у него одышки и быстрой утомляемости при физической нагрузке. АД с большим пульсовым колебанием за счет снижения диастолического давления. Над сердцем во втором и третьем межреберье слева от грудины выслушивается систоло-диастолический шум. На ФКГ шум имеет ромбовидную форму.</p>

		Каков клинический диагноз у данного пациента? Какие инструментальные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза? Методы лечения?
ПК-1	17	<p>Больная, 49 лет, по профессии повар, обратилась в поликлинику по поводу болей в ногах к концу дня, отёки и наличие язвы на левой голени. Больна в течение многих лет, начало болезни связывает с последними родами в 37-летнем возрасте. Лечилась в поликлинике у хирурга, носила эластические чулки.</p> <p>Объективно - состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски. Нижние конечности - видны расширенные и извитые стволы большой подкожной вены, отёчность в области голеностопных суставов, над левой медиальной лодыжкой трофическая язва размером 4,0 x 3,5 см, покрытая гнойным налётом. Вокруг язвы инфильтрация кожи и мацерация. Пульсация периферических артерий отчётливая.</p> <p>Каков клинический диагноз у данной больной? Нужны ли какие-либо инструментальные методы обследования для подтверждения диагноза? Показано ли оперативное лечение?</p>
ПК-1	18	<p>Больная, 51 года; поступила в отделение хирургии сосудов с жалобами на очень сильные боли в правой ноге, онемение её, невозможность ходьбы, общую слабость. Заболела внезапно, после того как подняла ведро с водой. С 21 года страдает ревматизмом, к 30 годам сформировался митральный порок. Дважды оперирована по поводу митрального стеноза.</p> <p>Объективно - состояние тяжёлое, одышка в покое. Кожа бледной окраски, слизистые цианотичны. Пульс 124' удара в минуту, аритмичен (по типу мерцательной аритмии). На верхушке сердца выслушивается диастолический шум. Правая нога - бледная, холодная на ощупь, поверхностная чувствительность отсутствует, глубокая сохранена. Пульс на правой н/конечности определяется только на бедренной артерии, на подколенной артерии и артериях правой стопы отсутствует.</p> <p>Каков клинический диагноз у пациентки? Какие инструментальные методы диагностики возможно применить для подтверждения диагноза? Какой способ лечения показан больной?</p>
ПК-1	19	<p>Больной, 47 лет, поступил с жалобами на боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной области, повторяющуюся рвоту, прогрессирующее похудание, запоры. С юношеского возраста страдает язвенной болезнью 12 п.кишки, неоднократно лечился в стационаре, был на курорте. Эффект от лечения кратковременный. Боли в животе заставляют искусственно вызывать рвоту, которая приносит облегчение.</p> <p>Объективно - кожные покровы бледные, подкожно-жировой слой почти отсутствует. Язык сухой, густо обложен белым налётом. Живот втянут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. При массаже брюшной</p>



		<p>стенки начинается видимая перистальтика желудка. При толчкообразном движении в эпигастральной области определяется «шум плеска».</p> <p>Каков предположительный диагноз у данного больного? Какие инструментальные методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза? Возможно ли использовать хирургические способы лечения?</p>
ПК-1	20	<p>Больной 59 лет, предъявляет жалобы на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, периодически в мокроте отмечает прожилки крови, незначительные боли в левой половине грудной клетки, не мотивируемую слабость. По профессии инженер, курит со студенческих лет. Обращался в поликлинику, по направлению участкового терапевта больному сделана крупнокадровая флюорография грудной клетки. При этом обнаружена округлая тень в верхних отделах левого легкого.</p> <p>Объективно - общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой выражен достаточно. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Слева в верхних отделах единичные сухие хрипы. В анализе крови без особой патологии, за исключением СОЭ - 31 мм/час.</p> <p>Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие исследования следует провести для установления клинического диагноза? Какой способ лечения следует применить?</p>
ПК-1	21	<p>Больной, 71 год, обратился с жалобами на затруднённое прохождение грубой пищи по пищеводу, слюнотечение, умеренные постоянные боли за грудиной, слабость, похудание. Болен в течение года, когда заметил «застывание» мяса при глотании. Вынужден запивать' пищу водой. Через несколько месяцев присоединилось слюнотечение, стала нарастать общая слабость. За год похудел на 12 кг. Стул через 5-7 дней.</p> <p>Пациент, кахектичен. Кожные покровы бледно-землистой окраски, подкожно-жировой слой практически отсутствует. Изо рта неприятный гнилостный запах. Живот втянут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. В анализе крови - НЬ - 150 г/л, эритроцитов 4 800 000 в 1 мл. СОЭ - 34 мм/час.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	22	<p>Больная, 42 лет, поступила с жалобами на постоянные ноющие боли в подложечной области, отдающие в поясницу, тошноту, изредка рвоту, отвращение к мясной пище, прогрессирующую</p>



		<p>слабость, периодически чёрный стул. Больна около полугода, лечилась от анацидного гастрита. Консервативное лечение эффекта не оказало.</p> <p>Объективно - состояние пациентки удовлетворительное, питание достаточное. Кожные покровы бледной окраски, пальпируется увеличенный лимфатический узел в левой надключичной области. Язык влажный, покрыт обильным беловато-коричневым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, несколько болезненный в эпигастрии, где определяется образование размером 6 x 8 см с нечёткими контурами, плотной консистенции. Печень выступает на 4 см из подрёберной дуги, поверхность её неровная, край заострённый. Перкуторно - притупление в отлогих частях живота. В анализе крови: НЬ - 90 г/л. СОЭ - 54 мм/час.</p> <p>Каков развернутый клинический диагноз у данной пациентки? Какие методы инструментальной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза? Какое лечение следует применить?</p>
ПК-1	23	<p>У больного 42 лет, страдающего митральным стенозом и мерцательной аритмией, 12 часов назад появились сильные, мучительные боли по всему животу, была двукратная рвота застойным желудочным содержимым, жидкий черный стул. Состояние больного тяжелое. Язык сухой. Живот вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует, при пальпации напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина – Блюмберга положителен. При перкуссии тимпанит, при аускультации перистальтика кишечника не выслушивается. Лейкоциты крови <math>21 \times 10^9</math>/л.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	24	<p>У ребенка 3 лет отмечается отставание в развитии, периодически беспокоят одышка и тахикардия. При аускультации во втором межреберье слева от грудины выслушивается нежный систолический шум, второй тон над легочной артерией и его легочный компонент усилены. На фонограмме в четвертой точке фиксируется систолический шум, имеющий веретенообразную форму, второй тон расщеплен и усилен.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	25	<p>У больного 72 лет, предъявляющего жалобы на мучительный кашель с прожилками крови и нарастающую одышку, при бронхоскопии было установлено, что левый главный бронх концентрически сужен до 0,5 см, слизистая его</p>

		<p>шероховатая и легко кровоточит. Левая стенка трахеи в дистальном ее отделе уплотнена и ригидна. На рентгенограммах грудной клетки обнаружен ателектаз верхней доли левого легкого и расширенная тень средостения.</p> <p>Ваше заключение по данным исследованиям? Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза и какое лечение показано пациенту?</p>
ПК-1	26	<p>Больная, 65 лет, госпитализирована с жалобами на полную непроходимость пищи, слабость, истощение. За 2 месяца похудела на 15 кг. При объективном обследовании: больная пониженного питания. Слева под ключицей пальпируется плотное образование 0,7 x 0,5 см. При рентгеноскопии пищевода в нижней его трети обнаружено резкое сужение пищевода, ниже которого контраст не проходит. Диагноз? Какие методы оперативного лечения могут быть применены?</p>
ПК-1	27	<p>У ребенка 2-х лет слева от грудины определяется «сердечный горб», верхушечный толчок смещен влево. Над областью сердца определяется систолическое дрожание. Границы сердца перкуторно увеличены. В 4-м межреберье слева от грудины выслушивается грубый систолический шум. Второй тон над легочной артерией усилен. На ФКГ фиксируется систолический шум с пиком в середине систолы.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	28	<p>У больной 67 лет, предъявляющей жалобы на боли в правом плечевом суставе, при осмотре выявлены правосторонний птоз, энтофтальм, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии грудной клетки выявлены затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I-II ребра.</p> <p>Ваше заключение по характеру заболевания? Как следует лечить больную?</p>
ПК-1	29	<p>У больного, 61 года, при поступлении в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6x5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, не спускающееся в мошонку, элементы семенного канатика и пульсация нижней эпигастральной артерии определяется снаружи от образования, симптом «кашлевого толчка» - положительный. Образование легко вправляется в брюшную полость.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какое показано лечение?</p>
ПК-1	30	<p>Больному, 59 лет, поступившему с клинической картиной перитонита неясной этиологии с диагностической целью</p>

		произведена лапароскопия. При лапароскопии отмечено, что в брюшной полости имеется умеренное количество гемаррогического выпота, в большом сальнике - пятна стеатонекроза, область гепатодуоденальной связки пропитана кровью. при срочном исследовании выпота брюшной полости на амилазу содержание ее оказалось повышенным. Ваш диагноз и дальнейшее лечение?
ПК-1	31	У больной, 49 лет, срочно оперированной по поводу острого флегмонозного холецистита и механической желтухи, на операции обнаружено, что холедох расширен до 12-13 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями фибрина и желчным песком. на интраоперационной холеграмме отмечена хорошая проходимость терминального отдела холедоха. Какой патологический процесс имеется во внепеченочных желчных протоках и что следует предпринять в связи с наличием его?
ПК-1	32	У больного, 39 лет, около 12 часов назад внезапно появились сильные боли в эпигастрии, быстро распространяющиеся по всему животу, резкая слабость. Известно, что 5 лет страдает язвенной болезнью 12-ти перстной кишки. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс - 100 уд. в мин. АД-110/60 мм.рт.ст., язык сухой. Живот втянут и ограниченно участвует в дыхании. Пальпаторно определяется мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Ваш диагноз? Какими методами исследования можно подтвердить диагноз? Какова лечебная тактика?
ПК-1	33	Больному, 36 лет, через 12 час. после ущемления косой паховой грыжи сделана операция. в грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развился перитонит. С каким видом ущемления столкнулся хирург? Какая ошибка допущена им во время операции? Какова лечебная тактика?
ПК-1	34	Больной, 40 лет, произведена операция – субтотальная резекция щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба. Через сутки после операции больная стала беспокойна, появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек, подергивание лица, симптом «руки акушера». Какое осложнение развилось? Какова лечебная тактика?

### Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;
- шкала оценивания (оценк~ – выделено 4 уровня оценивания компетенций:  
**высокий (отлично)** - более 80% правильно решенных задач;  
**достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильно решенных задач;  
**пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильно решенных задач;  
**критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильно решенных задач.

Оценка	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
Отлично	Высокий уровень	Обучающийся ясно изложил методику решения задач, обосновал выполненное решение точной ссылкой на формулы, правила и т.д.;
Хорошо	Повышенный уровень	Обучающийся ясно изложил методику решения задач, но в обосновании решения имеются сомнения в точности ссылки на формулы, правила и т.д.;
Удовлетворительно	Пороговый уровень	Обучающийся изложил условие задачи, решение обосновал общей ссылкой на формулы, правила и т.д.;
Неудовлетворительно	Минимальный уровень не достигнут	Обучающийся не выполнил задания для самостоятельной работы, не уяснил условие задачи, решение не обосновал ссылкой на формулы, правила и т.д.

#### 4.3 Вопросы для текущего контроля при выполнении лабораторных работ, практикумов

Не предусмотрено учебным планом.

#### 4.4 Реферат для контроля самостоятельной работы обучающихся

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов
ОПК-4	1	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Диагностика. Оперативное лечение.
ОПК-4	2	Хирургические вмешательства для коррекции портальной гипертензии. Методы остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
ОПК-4	3	Минидоступы при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости.
ОПК-4	4	Современные методы лечения разлитого гнойного перитонита.
ОПК-4	5	Рентгеноэндоваскулярные методы лечения ИБС.
ОПК-4	6	Болезнь и синдром Рейно. Клиника, диагностика и хирургическое лечение.
ПК-1	7	Желудочная и толстокишечная пластика пищевода.

ПК-1	8	Операции при больших и гигантских вентральных грыжах.
ПК-1	9	Лапароскопическая холецистэктомия.
ПК-1	10	Посттромбофлебитический синдром. Способы коррекции хронической венозной недостаточности.
ПК-1	11	ТЭЛА. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение. Профилактика.
ПК-1	12	Аневризма брюшной аорты. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.

### Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
- показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
- шкала оценивания (оценк~ – выделено 4 уровня оценивания компетенций:  
**Высокий(отлично)** - все вопросы раскрыты правильно и полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;  
**достаточный** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;  
**пороговый** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;  
**критический** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям руководящих документов;

#### 4.5 Эссе для контроля самостоятельной работы обучающихся

Данный вид работы не предусмотрен УП.

#### 4.6 Вопросы к экзамену

Индекс компетенции	№ задачи (задания)	Формулировка вопроса
Вопросы к зачету		
ОПК-4	1	Спорадический зоб. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	2	Тиреоидиты, струмиты. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	3	Диффузный тиреотоксический зоб. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
ОПК-4	4	Диффузно-токсический зоб. Клиника. Диагностика.
ОПК-4	5	Токсическая аденома, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	6	Тиреотоксический криз. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-4	7	Эндемический, спорадический зоб. Классификация заболеваний, клиника, диагностика, лечение.



ОПК-4	8	Аутоиммунный тиреоидит, этиология, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	9	Осложнения операций на щитовидной железе, профилактика, лечение.
ОПК-4	10	Послеоперационный гипотиреоз, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	11	Рак щитовидной железы, классификация, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	12	Абсцесс легкого. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	13	Гангрена легкого. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	14	Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	15	Гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	16	Рак легкого. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	17	Пневмоторакс, классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	18	Клапанный пневмоторакс, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	19	Спонтанный пневмоторакс, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	20	Острый плеврит. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-1	21	Бронхоэктатическая болезнь. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-1	22	Методы хирургического лечения ИБС.
ПК-1	23	Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	24	Дефект межпредсердной перегородки. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	25	Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	26	Коарктация аорты, клиника, гемодинамика, диагностика, методы хирургического лечения.
ПК-1	27	Стеноз легочной артерии, клиника, гемодинамика, диагностика, лечение.
ПК-1	28	Стеноз аорты. Клиника, гемодинамика, диагностика, методы хирургического лечения.
ПК-1	29	Хирургические способы лечения ишемической болезни сердца.
ПК-1	30	Митральный стеноз и недостаточность митрального клапана.
ПК-1	31	Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	32	Рентгеноэндоваскулярные методы лечения ишемической болезни сердца.
ПК-1	33	Хирургические методы реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца.
ПК-1	34	Аневризмы сердца. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	35	Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	36	Облитерирующий атеросклероз. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	37	Облитерирующий эндартериит. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	38	Синдром Лериша. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	39	Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей.
ПК-1	40	Болезнь Рейно. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	41	Тромбоз мезентериальных сосудов. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
ПК-1	42	Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника, диагностика, лечение.

ПК-1	43	Тромбозы, эмболии. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	44	Рак пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	45	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
ПК-1	46	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Лечение.
ПК-1	47	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургическому лечению
ПК-1	48	Методы хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
ПК-1	49	Язвенная болезнь желудка, осложненная малигнизацией. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	50	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка.
ПК-1	51	Синдром Меллори-Вейса. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
ПК-1	52	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом. Классификация. Клиника. Лечение.
ПК-1	53	Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная пенетрацией. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	54	Методы диагностики больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной
ПК-1	55	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-1	56	Методы диагностики язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки.
ПК-1	57	Острый аппендицит. Клиника, дифференциальная диагностика.
ПК-1	58	Особенности клиники острого аппендицита у детей, беременных и лиц пожилого и старческого возраста.
ПК-1	59	Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика.
ПК-1	60	Острый аппендицит. Оперативные доступы. Виды аппендэктомий.
ПК-1	61	Осложнения острого аппендицита. Диагностика, лечение.
ПК-1	62	Показания и этапы антенградной и ретроградной аппендэктомии.
ОПК-4	63	Аппендикулярный инфильтрат. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
ОПК-4	64	Хронический аппендицит. Классификация. Диагностика.
ОПК-4	65	Хронический аппендицит. Диагностика, лечение.
ОПК-4	66	Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-4	67	Аппендикулярный инфильтрат, клиника, исходы, лечение
ОПК-4	68	Абсцесс дугласова пространства. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	69	Острая кишечная непроходимость. Классификация.
ОПК-4	70	Странгуляционная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
ОПК-4	71	Смешанная форма кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	72	Динамическая кишечная непроходимость. Виды. Причины. Дифференциальная диагностика.



ОПК-4	73	Ретроградное ущемление. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
ОПК-4	74	Обтурационная кишечная непроходимость. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
ОПК-4	75	Обтурационная кишечная непроходимость. Клиника. Лечение.
ОПК-4	76	Странгуляционная кишечная непроходимость. Причины, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	77	Предоперационная подготовка больных с острой кишечной непроходимостью
ОПК-4	78	Желчнокаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
ОПК-4	79	Острый холецистит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	80	Методы хирургического лечения больных острым холециститом.
ПК-1	81	Механическая желтуха. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	82	Методы диагностики больных с ЖКБ.
ПК-1	83	Методы исследования больных с патологией внепеченочных желчных протоков.
ПК-1	84	ЖКБ. Клиника. Диагностика. Лечение
ПК-1	85	Дифференциальная диагностика острых холециститов.
ПК-1	86	Острый панкреатит. Классификация, клиника, лечение.
ПК-1	87	Хирургическое лечение острого панкреатита. Показания, методы хирургических вмешательств.
ПК-1	88	Осложнения острого панкреатита, показания к хирургическому лечению.
ПК-1	89	Понятие о грыжах. Этиология, патогенез, классификация.
ПК-1	90	Пупочные грыжи. Клиника, диагностика, лечение
ПК-1	91	Хирургическая тактика при вправившейся ущемленной грыже.
ПК-1	92	Бедренные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	93	Паховые грыжи. Анатомия пахового канала, промежности. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	94	Грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	95	Ущемленные грыжи. Виды ущемлений. Клиника. Диагностика.
ПК-1	96	Послеоперационные грыжи. Причины. Классификация. Клиника.
ПК-1	97	Прямая и косая паховые грыжи. Дифференциальная диагностика.
ПК-1	98	Хирургическая тактика при ущемленной грыже.
ПК-1	99	Послеоперационные вентральные грыжи. Предоперационная подготовка. Виды герниопластики. Послеоперационные осложнения.
ПК-1	100	Рецидивные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
ПК-1	101	Острый перитонит. Классификация, диагностика. Принципы лечения.
ПК-1	102	Острый перитонит. Классификация. Клиника

#### 4.7 Задачи (задания) к экзамену

Данный вид работы не предусмотрен УП.

#### 4.8 Вопросы и задачи (задания) к зачету

##### Задачи к зачету

Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи (формулировка задания)
--------------------	-----------	---------------------------------------

ОПК-4	1	<p>У женщины 31 года появились боли в подложечной области, тошнота, повысилась температура до 37,3°C. Через несколько часов боли распространились по всему животу, а затем локализовались в правой подвздошной области. При пальпации живота обнаружено напряжение мышц в правом нижнем квадранте. Боли усиливаются при положении больной на левом боку. При вагинальном исследовании определяется болезненность правого свода. Разница температуры ректальной и в подмышечной области – 1,3°C.</p> <p>Каким заболеванием вызвана данная клиническая картина? Какие симптомы выявлены? Тактика лечения?</p>
ОПК-4	2	<p>У больного 47 лет 5 дней назад появились боли в правом боку, тошнота, однократная рвота. К врачам не обращался, пил но-шпу. Лежал дома, температуру не измерял. Однако боли продолжали беспокоить, стал ощущать «чувство жара». При осмотре - кожа лица слегка гиперемирована, пульс 92 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется плотное, болезненное, без четких границ, не смещаемое образование 12x8 см, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.</p> <p>Какой диагноз у данного пациента? Какое лечение следует применить?</p>
ОПК-4	3	<p>У больной 63 лет после поднятия тяжести в области пупка появилось округлое образование размером с яблоко, сильные боли в животе, повторная рвота. Ранее такое, только меньших размеров, образование выходило, но в положении лёжа самопроизвольно вправлялось. В данный момент образование не ликвидировалось в горизонтальном положении и не вправилось в брюшную полость.</p> <p>При осмотре - на лице гримаса боли, в пупочной области округлое образование 8x10x5 см, болезненное, эластической консистенции, кашлевой толчок не проводится. Кожа над образованием слегка цианотична. При пальпации живота умеренная болезненность во всех отделах, при перкуссии - тимпанит.</p> <p>Каков диагноз у данной пациентки? Тактика врача в данной ситуации?</p>
ОПК-4	4	<p>В течении трех часов больной, 37 лет, испытывает резкий приступ боли в подложечной области справа («как будто ударили ножом»), тошноту. С юношеских лет страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки. Поскольку боли были весьма интенсивными, родственники вызвали «Скорую помощь».</p> <p>При поступлении: положение, вынужденное на правом боку. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. Положителен симптом Дзбановского-Чугуева. При пальпации передняя брюшная стенка резко болезненная и напряжена во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость отсутствует. В правой подвздошной области симптом Щеткина-Блюмберга положителен.</p> <p>Каков диагноз у данного пациента? Какие методы инструментальной диагностики следует применить?</p> <p>Какова лечебная тактика?</p>
ОПК-4	5	<p>Больная 64 лет после приёма в пищу жареной рыбы почувствовала боль в правом подреберье, тошноту. Трижды была рвота желчью. Подобные боли впервые. Приём но-шпы и промывание желудка</p>

		<p>эффекта не оказали. Ввиду непрекращающихся болей обратилась в поликлинику. Участковый врач направил больную в дежурную больницу. При поступлении - состояние средней тяжести. Больная повышенного питания, склеры глаз слегка иктеричны. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот увеличен в объеме, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь. Здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Определяется болезненность между ножками т. Sternocleidomastoideus.</p> <p>Какой диагноз у данной пациентки? Какова тактика врача в данной ситуации?</p>
ОПК-4	6	<p>Больной, 77 лет, почувствовал схваткообразные боли в животе, выраженную тошноту. Через несколько часов была двукратная рвота, вначале съеденной пищей, а затем желчью. Стула не было последние трое суток. Отмечает потерю аппетита, отвращение к мясным продуктам, похудание за последние полгода. При осмотре - больной пониженного питания, кожные покровы бледной окраски, глазные яблоки запавшие. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот ассиметричный, правая половина живота вздута, левая запавшая, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот умеренно болезненный во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В мезогастррии слево при пальпации определяется симптом Валя, при перкуссии здесь же положителен симптом Кивуля. Положителен симптом Склярова. Перкуторно в отлогих частях живота - притупление.</p> <p>Какой диагноз у данного больного? Какие методы инструментальной диагностики следует подтверждения диагноза? Какова лечебная тактика?</p>
ОПК-4	7	<p>Ребенок, 8 лет, стал жаловаться на очень сильные боли в животе, была неоднократная рвота. Стул отсутствовал двое суток. При осмотре - поведение мальчика беспокойное, кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот мягкий, в правом подреберье определяется «колбасообразное» продолговатое болезненное образование. Per rectum: на перчатке следы кала и кровь.</p> <p>Какой предположительно диагноз у ребенка? Какое исследование необходимо выполнить? Какие лечебные мероприятия следует произвести?</p>
ОПК-4	8	<p>Больная, 58 лет, почувствовала очень сильные боли в подложечной области, которые затем распространились в оба подреберья, а через несколько часов приняли «опоясывающий» характер. Боли сопровождались многократной рвотой, не приносящей облегчения. Объективно - поведение больной беспокойное, кожные покровы мраморной окраски. Склеры глаз слегка иктеричны. Живот умеренно вздут, в дыхании участвует не равномерно, верхняя половина отстаёт. При пальпации живот мягкий, болезненный эпигастрии, где пальпируется болезненное, плотное, объемное образование без четких. Отмечается болезненность в левом рёберно-позвоночном углу. Положительны симптомы Чухриенко, Воскресенского. В моче</p>

		<p>повышенное содержание диастазы. Каков диагноз у пациентки? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для подтверждения диагноза? Какое лечение следует применить?</p>
ОПК-4	9	<p>Больной 15 лет, поступил в торакальное отделение с жалобами на кашель с отхождением гнойной мокроты, особенно по утрам. Болен с детства, неоднократно лечился по поводу пневмонии, увеличение количества откашливаемой мокроты отмечает весной и осенью. В 4-х летнем возрасте перенес корь. Объективно: высокого роста, астеничен. Кожные покровы бледные. Грудная клетка асимметрична, левая половина, особенно в нижних отделах, запавшая. При перкуссии границы средостения смещены влево. Слева сзади под лопаткой многочисленные влажные мелкопузырчатые хрипы. В анализе крови Le 10x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 28 мм/час. Каков предварительный диагноз у данного пациента? Какие рентгенологические методы обследования следует применить? Какое лечение необходимо назначить?</p>
ОПК-4	10	<p>Больной, 45 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на высокую температуру (до 39°C), боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель со скудной мокротой, резкую слабость. Болен две недели, несмотря на проводимое лечение на дому, состояние продолжает ухудшаться. Объективно - состояние тяжёлое. Положение вынужденное - больной сидит, опираясь руками в края кровати. Кожные покровы землистые, слизистые цианотичны, вены шеи набухшие, особенно справа, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии - слева легочной звук, справа притупление над всеми легочными полями. Границы средостения смещены влево. Аускультативно - справа дыхание не прослушивается, слева везикулярное с единичными свистящими хрипами. Каков предположительный диагноз? С помощью какого метода исследования возможно установление окончательного диагноза? Как следует лечить пациента?</p>
ОПК-4	11	<p>Больной. 56 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли по всему животу, постоянную необильную рвоту с неприятным запахом, не отхождение газов. Болен в течение 6 дней. Вначале заболевания больной отметил возникновение боли в эпигастральной области, которые через несколько часов переместились в правую подвздошную область, тошноту. К врачам не обращался, пил водку с солью. Состояние постепенно ухудшалось, боли распространились по всему животу, присоединилась частая рвота. Родственники доставили больного в больницу. Состояние больного тяжёлое. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Черты лица заострены, глаза запавшие. Пульс- 124 уд, в мин. слабого наполнения, АД 100/ 70 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт коричневым налётом. Живот равномерно вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, резко болезненный. Положителен симптом</p>

		Щёткина - Блюмберга во всех отделах. Перкуторно - тимпанит, при аускультации - единичные кишечные шумы. Стула не было с момента заболевания, газы не отходят. Каков диагноз у данного пациента? Какие инструментальные, методы следует использовать для подтверждения диагноза? Какой метод лечения следует применить?
ОПК-4	12	Больная, 48 лет, поступила с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту цвета «кофейной гущи», дегтеобразный стул. Подобное состояние отмечает в течение последних суток. Ранее, около 2 лет беспокоили умеренные боли в эпигастрии по утрам, проходившие после приёма пищи. Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледной окраски, подкожно-жировой слой выражен слабо. Пульс 104 удара в мин., АД 95/80 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен налетом цвета «кофейной гущи». Живот втянут, участвует в акте дыхания во всех отделах. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Какие инструментальные методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза? Каков клинический диагноз у данной пациентки? Какое лечение следует назначить больной?
ПК-1	13	Больной, 53 лет, поступил в торакальное отделение с жалобами на периодически возникающий кашель с выделением небольшого количества гнойной мокроты, субфебрильную температуру, общую слабость, плохой аппетит. Три месяца назад выписан из пульмонологического отделения, где лечился от абсцедирующей бронхопневмонии справа. При осмотре - состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-землистой окраски, легкий цианоз губ. Подкожно-жировой слой выражен слабо, концевые фаланги пальцев рук утолщены. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии - легочный звук, при аускультации слева - везикулярное дыхание, при аускультации справа-сзади на уровне гребня лопатки - амфорическое дыхание. В анализе крови - Нв. 105 г/л, Le 9,8x10 <sup>9</sup> . Какие инструментальные способы диагностики необходимо использовать для подтверждения клинического диагноза? Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие методы лечения следует использовать?
ПК-1	14	Больная 29 лет, поступила в отделение сосудистой хирургии с жалобами на чувство онемения и жжения в кистях обеих рук, интенсивные боли в пальцах кистей (особенно в указательном) на холоде и при погружении в холодную воду. Считает себя больной в течение 2-х лет. К врачам не обращалась. В связи с усилением боли в кистях госпитализирована. Объективно - общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы пальцев кистей бледные, при пальпации холодные и влажные (особенно дистальные фаланги). Пульс на лучевых артериях слабого наполнения и напряжения. Функция кистей сохранена. На реовазографии верхних конечностей - нитроглицериновая проба отрицательная. Каков предварительный диагноз у данной пациентки? Какие механизмы лежат в основе заболевания? Какие методы лечения?



ПК-1	15	<p>Мужчина, 60 лет, жалуется на появление сильных болей в икроножных мышцах обеих ног после того как пройдет 250-300 метров, чувство онемения и зябкости стоп. Курильщик с 35-летним стажем. Объективно - состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит слабо. Нижние конечности атрофичны, мышцы дряблые, кожа бледной окраски, волосяной покров практически отсутствует. На подошвенной поверхности стоп - гиперкератоз. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях отсутствует на всех трех уровнях. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум.</p> <p>Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие методы лечения можно применить?</p>
ПК-1	16	<p>Мама ребенка 3 лет жалуется на наличие у него одышки и быстрой утомляемости при физической нагрузке. АД с большим пульсовым колебанием за счет снижения диастолического давления. Над сердцем во втором и третьем межреберье слева от грудины выслушивается систолодиастолический шум. На ФКГ шум имеет ромбовидную форму.</p> <p>Каков клинический диагноз у данного пациента? Какие инструментальные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза? Методы лечения?</p>
ПК-1	17	<p>Больная, 49 лет, по профессии повар, обратилась в поликлинику по поводу болей в ногах к концу дня, отеки и наличие язвы на левой голени. Больна в течение многих лет, начало болезни связывает с последними родами в 37-летнем возрасте. Лечилась в поликлинике у хирурга, носила эластические чулки.</p> <p>Объективно - состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски. Нижние конечности - видны расширенные и извитые стволы большой подкожной вены, отеки в области голеностопных суставов, над левой медиальной лодыжкой трофическая язва размером 4,0 x 3,5 см, покрытая гнойным налетом. Вокруг язвы инфильтрация кожи и мацерация. Пульсация периферических артерий отчетливая.</p> <p>Каков клинический диагноз у данной больной? Нужны ли какие-либо инструментальные методы обследования для подтверждения диагноза? Показано ли оперативное лечение?</p>
ПК-1	18	<p>Больная, 51 года; поступила в отделение хирургии сосудов с жалобами на очень сильные боли в правой ноге, онемение её, невозможность ходьбы, общую слабость. Заболела внезапно, после того как подняла ведро с водой. С 21 года страдает ревматизмом, к 30 годам сформировался митральный порок. Дважды оперирована по поводу митрального стеноза.</p> <p>Объективно - состояние тяжелое, одышка в покое. Кожа бледной окраски, слизистые цианотичны. Пульс 124' удара в минуту, аритмичен (по типу мерцательной аритмии). На верхушке сердца выслушивается диастолический шум. Правая нога - бледная, холодная на ощупь, поверхностная чувствительность отсутствует, глубокая сохранена. Пульс на правой н/конечности определяется только на бедренной артерии, на подколенной артерии и артериях правой стопы отсутствует.</p> <p>Каков клинический диагноз у пациентки? Какие инструментальные методы диагностики возможно применить для подтверждения</p>

		диагноза? Какой способ лечения показан больной?
ПК-1	19	<p>Больной, 47 лет, поступил с жалобами на боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной области, повторяющаяся рвота, прогрессирующее похудание, запоры. С юношеского возраста страдает язвенной болезнью 12 п. кишки, неоднократно лечился в стационаре, был на курорте. Эффект от лечения кратковременный. Боли в животе заставляют искусственно вызывать рвоту, которая приносит облегчение.</p> <p>Объективно - кожные покровы бледные, подкожно-жировой слой почти отсутствует. Язык сухой, густо обложен белым налётом. Живот втянут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. При массаже брюшной стенки начинается видимая перистальтика желудка. При толчкообразном движении в эпигастральной области определяется «шум плеска».</p> <p>Каков предположительный диагноз у данного больного? Какие инструментальные методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза? Возможно ли использовать хирургические способы лечения?</p>
ПК-1	20	<p>Больной 59 лет, предъявляет жалобы на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, периодически в мокроте отмечает прожилки крови, незначительные боли в левой половине грудной клетки, не мотивируемую слабость. По профессии инженер, курит со студенческих лет. Обращался в поликлинику, по направлению участкового терапевта больному сделана крупнокадровая флюорография грудной клетки. При этом обнаружена округлая тень в верхних отделах левого легкого.</p> <p>Объективно - общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой выражен достаточно. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное. Слева в верхних отделах единичные сухие хрипы. В анализе крови без особой патологии, за исключением СОЭ - 31 мм/час.</p> <p>Каков предварительный клинический диагноз у данного пациента? Какие исследования следует провести для установления клинического диагноза? Какой способ лечения следует применить?</p>
ПК-1	21	<p>Больной, 71 год, обратился с жалобами на затруднённое прохождение грубой пищи по пищеводу, слюнотечение, умеренные постоянные боли за грудиной, слабость, похудание. Болен в течение года, когда заметил «застревание» мяса при глотании. Вынужден запивать' пищу водой. Через несколько месяцев присоединилось слюнотечение, стала нарастать общая слабость. За год похудел на 12 кг. Стул через 5-7 дней. Пациент, кахектичен. Кожные покровы бледно-землистой окраски, подкожно-жировой слой практически отсутствует. Изо рта неприятный гнилостный запах. Живот втянут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. В анализе крови - НЬ -150 г/л, эритроцитов 4 800 000 в 1 мл. СОЭ - 34 мм/час.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>

ПК-1	22	<p>Больная, 42 лет, поступила с жалобами на постоянные ноющие боли в подложечной области, отдающие в поясницу, тошноту, изредка рвоту, отвращение к мясной пище, прогрессирующую слабость, периодически чёрный стул. Больна около полугода, лечилась от анацидного гастрита. Консервативное лечение эффекта не оказало.</p> <p>Объективно - состояние пациентки удовлетворительное, питание достаточное. Кожные покровы бледной окраски, пальпируется увеличенный лимфатический узел в левой надключичной области. Язык влажный, покрыт обильным беловато-коричневым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, несколько болезненный в эпигастрии, где определяется образование размером 6 x 8 см с нечёткими контурами, плотной консистенции. Печень выступает на 4 см из подрёберной дуги, поверхность её неровная, край заострённый. Перкуторно - притупление в отлогих частях живота. В анализе крови: НЬ - 90 г/л. СОЭ - 54 мм/час.</p> <p>Каков развернутый клинический диагноз у данной пациентки? Какие методы инструментальной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза? Какое лечение следует применить?</p>
ПК-1	23	<p>У больного 42 лет, страдающего митральным стенозом и мерцательной аритмией, 12 часов назад появились сильные, мучительные боли по всему животу, была двукратная рвота застойным желудочным содержимым, жидкий черный стул. Состояние больного тяжелое. Язык сухой. Живот вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует, при пальпации напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина – Блюмберга положителен. При перкуссии тимпанит, при аускультации перистальтика кишечника не выслушивается. Лейкоциты крови <math>21 \times 10^9</math>/л.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	24	<p>У ребенка 3 лет отмечается отставание в развитии, периодически беспокоят одышка и тахикардия. При аускультации во втором межреберье слева от грудины выслушивается нежный систолический шум, второй тон над легочной артерией и его легочный компонент усилены. На фонограмме в четвертой точке фиксируется систолический шум, имеющий веретенообразную форму, второй тон расщеплен и усилен.</p> <p>Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?</p>
ПК-1	25	<p>У больного 72 лет, предъявляющего жалобы на мучительный кашель с прожилками крови и нарастающую одышку, при бронхоскопии было установлено, что левый главный бронх концентрически сужен до 0,5 см, слизистая его шероховатая и легко кровоточит. Левая стенка трахеи в дистальном ее отделе уплотнена и ригидна. На рентгенограммах грудной клетки обнаружен ателектаз верхней доли левого легкого и расширенная тень средостения.</p>



		Ваше заключение по данным исследованиям? Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза и какое лечение показано пациенту?
ПК-1	26	Больная, 65 лет, госпитализирована с жалобами на полную непроходимость пищи, слабость, истощение. За 2 месяца похудела на 15 кг. При объективном обследовании: больная пониженного питания. Слева под ключицей пальпируется плотное образование 0,7 x 0,5 см. При рентгеноскопии пищевода в нижней его трети обнаружено резкое сужение пищевода, ниже которого контраст не проходит. Диагноз? Какие методы оперативного лечения могут быть применены?
ПК-1	27	У ребенка 2-х лет слева от грудины определяется «сердечный горб», верхушечный толчок смещен влево. Над областью сердца определяется систолическое дрожание. Границы сердца перкуторно увеличены. В 4-м межреберье слева от грудины выслушивается грубый систолический шум. Второй тон над легочной артерией усилен. На ФКГ фиксируется систолический шум с пиком в середине систолы.  Каков предварительный диагноз у пациента? Какие инструментальные методы диагностики следует применить для установления клинического диагноза? Какие возможны варианты лечения?
ПК-1	28	У больной 67 лет, предъявляющей жалобы на боли в правом плечевом суставе, при осмотре выявлены правосторонний птоз, энофтальм, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии грудной клетки выявлены затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I-II ребра. Ваше заключение по характеру заболевания? Как следует лечить больную?
ПК-1	29	У больного, 61 года, при поступлении в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6x5 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, не спускающееся в мошонку, элементы семенного канатика и пульсация нижней эпигастральной артерии определяется снаружи от образования, симптом «кашлевого толчка» - положительный. Образование легко вправляется в брюшную полость. Каков предварительный диагноз у пациента? Какое показано лечение?
ПК-1	30	Больному, 59 лет, поступившему с клинической картиной перитонита неясной этиологии с диагностической целью произведена лапароскопия. При лапароскопии отмечено, что в брюшной полости имеется умеренное количество гемаррогического выпота, в большом сальнике - пятна стеатонекроза, область гепатодуоденальной связки пропитана кровью. при срочном исследовании выпота брюшной полости на амилазу содержание ее оказалось повышенным. Ваш диагноз и дальнейшее лечение?
ПК-1	31	У больной, 49 лет, срочно оперированной по поводу острого флегмонозного холецистита и механической желтухи, на операции обнаружено, что холедох расширен до 12-13 мм, из просвета его через


		культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями фибрина и желчным песком. на интраоперационной холеграмме отмечена хорошая проходимость терминального отдела холедоха. Какой патологический процесс имеется во внепеченочных желчных протоках и что следует предпринять в связи с наличием его?
ПК-1	32	У больного, 39 лет, около 12 часов назад внезапно появились сильные боли в эпигастрии, быстро распространяющиеся по всему животу, резкая слабость. Известно, что 5 лет страдает язвенной болезнью 12-ти перстной кишки. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс - 100 уд. в мин. АД-110/60 мм.рт.ст., язык сухой. Живот втянут и ограниченно участвует в дыхании. Пальпаторно определяется мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Ваш диагноз? Какими методами исследования можно подтвердить диагноз? Какова лечебная тактика?
ПК-1	33	Больному, 36 лет, через 12 час. после ущемления кривой паховой грыжи сделана операция. в грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развился перитонит. С каким видом ущемления столкнулся хирург? Какая ошибка допущена им во время операции? Какова лечебная тактика?
ПК-1	34	Больной, 40 лет, произведена операция – субтотальная резекция щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба. Через сутки после операции больная стала беспокойна, появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек, подергивание лица, симптом «руки акушера». Какое осложнение развилось? Какова лечебная тактика?

Оценка результатов обучения по дисциплине проводится по 2-х бальной шкале оценивания

**Критерии и шкала оценки:**

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы, правильное решение задач (выполнение заданий);
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы, правильно решенных задач (выполненных заданий);
- шкала оценивания (оценки) – выделено 2 уровня оценивания компетенций:  
**достаточный уровень (зачтено)** – 50 и более % правильных ответов и решений (выполнений);  
**недостаточный уровень (не зачтено)** – менее 50 правильных ответов и решений (выполнений).

Результат зачета	Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
«зачтено»	достаточный уровень	Обучающийся показал знания основных положений дисциплины, умение решать конкретные практические задачи, предусмотренные РПД, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умение правильно оценить полученные результаты расчетов или эксперимента

Министерство науки и высшего образования РФ Ульяновский государственный университет	Форма	
Ф – Фонд оценочных средств		

«не зачтено»	недостаточный уровень	При ответе обучающегося выявились существенные пробелы в знаниях основных положений дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных РПД
--------------	-----------------------	--

#### 4.9 Курсовая работа/Курсовой проект

Данный вид работы не предусмотрен УП

Разработчик:

Исаев Д.Н. /доцент кафедры факультетская хирургия/ Исаев Д.Н.  
Подпись должность ФИО