

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел



СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования

(программам ординатуры) по специальности

31.08.67 «Хирургия»

Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1110;
- Профессиональным стандартом «Врач-хирург», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. №743н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных Роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Заведующий кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



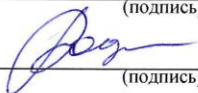
(подпись)

Н.Ю. Коханенко

(расшифровка)

Ассистент, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Ю.В. Радионов

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

Факультетской хирургии им. А.А. Русанова

название кафедры
« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

Факультетской хирургии им. А.А. Русанова

название кафедры

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Н.Ю. Коханенко

(расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 «Хирургия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Пенетрирующая язва желудка и 12-перстной кишки. Особенности клиники, диагностика, лечение.

2. Осложнение и онкологическая опасность язвенной болезни желудка. Клиника, диагностика, лечение.

- 3.Гастро-дуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.
- 4.Острая кишечная непроходимость. Классификация, патогенез, дифференциальная диагностика.
5. Атипичные формы острого аппендицита. Особенности течения острого аппендицита у детей и стариков.
- 6.Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика, лечение.
- 7.Осложнения желчнокаменной болезни. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
- 8.Механическая желтуха. Причины, диагностика .
- 9.Портальная гипертензия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 10.Бедренная грыжа. Классификация, диагностика, хирургическое лечение.
- 11.Пупочная грыжа. Клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение.
- 12.Послеоперационная вентральная грыжа. Патогенез, диагностика, лечение.
- 13.Странгуляционная кишечная непроходимость. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
14. Перитонит. Классификация, диагностика и лечение.
15. Рак желудка. Классификация, клиника, диагностика.
- 16.Острые нагноительные заболевания легких. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 17.Эмпиема плевры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
18. Пиопневмоторакс. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
19. Спонтанный пневмоторакс. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
20. Диффузный токсический зоб. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1.

Обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

Задание к задаче № 1:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях - о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 2

Обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. Из анамнеза: 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг. В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

Задание к задаче № 2:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости

проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях

— об эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

1. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

Задача № 3

При осмотре: Жалобы на ноющие боли в правой подвздошной области, 1=38,0 С. Болен 4-ый день. Боли стихли, но повысилась температура. Был стул, окрашен, оформлен. Мочился, моча желтого цвета. Лежит на спине, кожа лица слегка гиперемирована. Язык обложен белым налетом, подсушен. Р_С=80 уд. в 1 мин., ритмичный. АД=130/80 мм рт. ст.. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Язык обложен белым налетом, подсушен. Живот правильной формы. Некоторое отставание правых отделов в акте дыхания. При поверхностной пальпации определяется болезненность и гиперестезия кожи. При повороте на левый бок изменений в состоянии пациента нет. На толчкообразную пальпацию слева пациент не реагирует. При отнятии пальпирующей руки - каких-либо изменений в состоянии пациента нет.

При глубокой пальпации справа определяется образование плотной эластической консистенции, несколько болезненное, не смещаемое. Перистальтические шумы ослаблены. Граница мочевого пузыря не определяется.

Задание к задаче № 3

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях

- о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

2. Составьте план лечения и реабилитации данного пациента.

Задача №4

Больной 36 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой подвздошной области, с иррадиацией в поясничную область. Была тошнота, однократная рвота слизью, не приносящая облегчения. Отмечал учащение мочеиспускания. Возникновение болей ни с чем не связывает. Боли отмечает в течение 10 часов. После приема но-шпы эффекта не было. Обратился к участковому терапевту, был направлен в экстренное хирургическое отделение. Подобные явления впервые.

В анамнезе хронический гастрит, в детстве был аскаридоз.

Состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык покрыт белым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно напряжён и болезненный в правой половине. Перистальтика умеренная, равномерная. Симптомы Бартомье-Михельсона, Образцова, Коупа 1 - положительные. Симптомы Ро-взинга, Раздольского, Щеткина-Блюмберга - отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа сомнительный.

Ректальное исследование без особенностей.

Лейкоцитов в крови -13,0х10⁹/л. Анализ мочи без патологии.

Задание к задаче №4

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальную диагностику. С какими заболеваниями в первую очередь следует дифференцировать?
3. Какие дополнительные методики исследования могут верифицировать диагноз?
4. Назовите предполагаемые причины развития данной патологии.
5. Составьте план лечения и реабилитации данного пациента.

Задача №5

Больной, 43 лет, поступил в клинику с жалобами на умеренные постоянные боли в правой подвздошной области без иррадиации, тошноту, подъем температуры тела до 37,6°C.

Заболел остро 4 дня назад, когда появились боли в эпигастрии постоянного ноющего характера, тошнота, однократная рвота. Постепенно боли переместились в правую подвздошную область. Больной никуда не обращался. Самостоятельно в течение 3 дней принимал анальгин, тетрациклин. Боли уменьшились, но полностью не стихли. Сохранялась субфебрильная температура. Через 4 дня от начала заболевания вызвал “Скорую помощь”, доставлен в хирургическое отделение дежурной больницы.

При поступлении состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 84 уд. в мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации умеренно болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное, неподвижное с четкими контурами образование 12x8 см подходящее к крылу подвздошной кости. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

Лейкоцитов в крови - $11,2 \times 10^9$ / л.

Задание к задаче №5

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его исходя из имеющихся в задаче данных.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие обязательные методы исследования необходимо применить для уточнения характера патологии?
4. Причины развития данного патологического процесса?
5. Какой должна быть лечебная тактика при данном заболевании? Составьте план лечения и реабилитации данного пациента.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Алгоритм организации противоэпидемических мероприятий.
2. Ведения медицинской документации (сбор анамнеза, написание истории болезни, составление плана обследования пациента, написание ежедневных дневников, этапных и заключительных эпикризов, выписка из истории болезни, оформление больничных листов).
3. Алгоритм интерпретации результатов исследования клинических анализов (общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунологические исследования, гормональный профиль, КЩС, оценка показателей спинномозговой жидкости, общий и количественный анализ мочи, биохимический анализ мочи, проба Зимницкого, бактериальные посевы биологических жидкостей), лучевых методов (рентгенограммы грудной клетки, рентгенограммы брюшной полости, рентгенограммы костной системы, трактовка цистограмм, компьютерные томограммы грудной и брюшной полостей).
4. Алгоритм трактовки ЭКГ
5. Алгоритм трактовки УЗИ органов брюшной полости, сосудов.
6. Алгоритм определения группы крови, переливание препаратов крови.
7. Алгоритм забор бактериологического материала.
8. Алгоритм трактовки результатов рентгенологических и других лучевых методов исследования.
9. Расчет и коррекция инфузионной терапии.
10. Алгоритм подготовки больного к эндоскопическому исследованию

6.2.4. Тестовые задания

1. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12 п.к.:

- 1) Рефлекторные связи через спинномозговые нервы;
- 2) Скопление воздуха в брюшной полости;
- 3) Затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу;
- 4) Развивающийся разлитой перитонит;
- 5) Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком.

2. Больному, страдающему язвой 12-перстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу, предпочтительно выполнить следующую операцию:

- 1) Дистальную субтотальную резекцию желудка;
- 2) Резекцию 2/3 желудка по Гофместеру-Финстереру;
- 3) Стволовую ваготомию и дренирующую операцию;
- 4) Селективную проксимальную ваготомию;
- 5) Пилоропластику по Финнею.

3. Объем резекции желудка (2/3) при операциях по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки обусловлен:

- 1) Особенности кровоснабжения желудка;
- 2) Необходимостью сохранения достаточного для нормального пищеварения объема культи желудка;
- 3) Необходимостью удаления гастрин- и кислотопродуцирующей зоны желудка;
- 4) Является оптимальным для наложения надежного гастроэнтероанастомоза;
- 5) Все ответы правильные.

4. Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц:

- 1) Пенетрация язвы в малый сальник;
- 2) Прикрытая перфорация;
- 3) Перфорация в свободную брюшную полость;
- 4) Пенетрация в поджелудочную железу;
- 5) Декомпенсированный стеноз привратника, протекающий с выраженными водно-электролитными нарушениями

5. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

- 1). С серозного покрова.
- 2). Со слизистой червеобразного отростка.
- 3). С мышечного слоя червеобразного отростка.
- 4). С купола слепой кишки.
- 5). С лимфатических узлов илеоцекальной области.

6. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:

- 1). Тромбоза нижней брыжеечной артерии.
- 2). Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии.
- 3). Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты.
- 4). Участия в воспалительном процессе бактериоидной инфекции.
- 5). Тромбоза артерии червеобразного отростка.

7. Основным фактором, определяющим лечебную тактику хирурга при остром флегмонозном холецистите, является:

- 1) Повышение температуры.
- 2) Распространённость перитонита.
- 3) Сопутствующие заболевания.
- 4) Возраст больного.
- 5) Квалификация хирурга

8. К осложнениям острого холецистита относят все, кроме:

- 1) Варикозного расширения вен пищевода;
- 2) Механической желтухи.
- 3) Холангита.
- 4) Подпеченочного абсцесса.
- 5) Перитонита

9. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

- 1) Экстренная операция;
- 2) Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке;
- 3) Экстренная лапароскопия;
- 4) Показано наблюдение за больным в стационаре;
- 5) Все ответы неправильные.

10. Скользящая грыжа – это:

- 1) Когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку;
- 2) Когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул;
- 3) Когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузырь;
- 4) Когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток;
- 5) Всё перечисленное неверно.

11. Грыжа, при которой ущемляется только часть стенки кишки, называется:

- 1) Грыжа Клоке;
- 2) Рихтера;
- 3) Литтре;
- 4) Гессельбаха;
- 5) Ланжье.

12. При ущемлении бедренной грыжи ущемляющее кольцо следует рассекать:

- 1). Кверху
- 2). Медиально
- 3). Книзу
- 4). Латерально
- 5). В любую сторону

13. Автор методики дренирования тонкой кишки через гастротомическое отверстие:

- 1) И.Д. Житнюк
- 2) Ю.М. Дедерер
- 3) С.С. Юдин
- 4) Майдль
- 5) Брук

14. Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, характерны для:

- 1) острого деструктивного холецистита
- 2) аскаридоза внутрипеченочных желчных протоков
- 3) холедохолитиаза
- 4) нагноения паразитарной кисты печени
- 5) тяжелого гнойного холангита

15. При перфоративной язве на обзорной рентгенограмме брюшной полости и поддиафрагмальных пространств можно выявить все, кроме:

- 1). Пневмоперитонеума
- 2). Выпота в плевральных синусах
- 3). Горизонтального уровня жидкости через всю брюшную полость
- 4). Перфорационного отверстия

16. Наиболее достоверным признаком «Тяжелого панкреатита» в ходе диагностической лапароскопии является:

- 1) Наличие отека корня брыжейки поперечной ободочной кишки
- 2) Выпот с повышенной активностью амилазы
- 3) Наличие единичных стеатонекрозов
- 4) Геморрагический характер ферментативного выпота
- 5) Ни один из указанных признаков

17. Какая форма острой кишечной непроходимости требует оперативного вмешательства в кратчайшие сроки:

- 1) Спаечная
- 2) Обтурационная
- 3) Странгуляционная
- 4) Динамическая
- 5) Паралитическая

18. Жалобы больного, перенёвшего резекцию желудка, на тяжесть в эпигастрии, слабость вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

- 1) Инсулиномы поджелудочной железы
- 2) Синдрома приводящей петли
- 3) Пептической язвы гастроэнтероанастомоза
- 4) Демпинг синдрома
- 5) Синдрома «малого желудка»

19. Стенками пахового канала являются все указанные структуры, исключая:

1. Апоневроз наружной косой мышцы живота
2. Поперечную фасцию
3. Связку Купера
4. Нижний край внутренней косой и поперечной мышц
5. Пупартову связку и илеопубический тракт

20. Для кист поджелудочной железы характерно все, кроме:

1. Болей в верхней половине живота
2. Диспептических явлений
3. Наличие опухолевидного образования в эпигастрии
4. Рентгенологически отмеченного смещения желудка и 12-перстной кишки

5. Дизурических расстройств

21. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

- 1) - трахеостомии
- 2) - блокады межреберных нервов
- 3) - иммобилизации грудной клетки
- 4) - дренирования плевральной полости
- 5) - блокады диафрагмального нерва

22. Операция эзофагокардиомиотомия показана при:

- 1) карциноме пищевода
- 2) ахалазии пищевода
- 3) диафрагмальной грыже
- 4) ущемленной грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- 5) всем перечисленном

23. Консервативное лечение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка включает:

- 1) применение зонда Сенгстакена-Блекмора и инфузия вазоконстрикторов (аналогов вазопрессина)
- 2) применение зонда Эббота;
- 3) применение назо-гастрального зонда
- 4) лигирование варикозно расширенных вен
- 5) прошивание варикозно расширенных вен

24. Малигнизация щитовидной железы чаще наблюдается при наличии:

- 1) - одиночного нефункционирующего узла
- 2) - фолликулярной аденомы
- 3) - зоба Хошимото
- 4) - зоба де Кервена
- 5) - зоба Риделя

25. После операции на щитовидной железе осиплость голоса наблюдается при повреждении нерва:

- 1) - верхнего гортанного нерва
- 2) - нижнего гортанного нерва
- 3) - возвратного нерва
- 4) - подъязычного нерва
- 5) - наружной ветви верхнего гортанного нерва

26. Эутиреоидный зоб характеризуется:

- 1) - высоким уровнем содержания в крови тироксина и трийодтиронина
- 2) - низким содержанием в крови тироксина и трийодтиронина
- 3) - высоким основным обменом
- 4) - нормальным уровнем содержания гормонов и нормальным основным обменом

27. Признаками удаления паращитовидных желез при резекции щитовидной железы являются:

- 1) - гипертония, одышка, тахикардия
- 2) - гипертермия, поносы
- 3) - гипокальциемия
- 4) - гиперкальциемия

5) - все ответы неправильные

28. Рентгенологическими признаками изолированного повреждения диафрагмы являются:

- 1) - газ в плевральной полости
- 2) - газ в брюшной полости
- 3) - высокое стояние купола диафрагмы и пролабирование в плевральную полость кишечных петель
- 4) - наличие жидкости в плевральной полости
- 5) - коллабирование легкого

29. При сочетанной травме груди и живота перед лапароскопией выполняются:

- 1) - клинический и биохимический анализы крови
- 2) - обзорная рентгеноскопия груди и живота
- 3) - рентгенография грудной клетки и дренирование ее соответствующей половины
- 4) - пункция плевральной полости
- 5) - лапароскопия производится без исследований

30. При напряженном пневмотораксе показано:

- 1) - искусственная вентиляция легких
- 2) - немедленное дренирование плевральной полости
- 3) - срочная торакотомия
- 4) - торакоскопия
- 5) - трахеостомия

31. Срочная торакотомия показана:

- 1) - при выделении крови по дренажам более 200 мл/час в течении 3-х часов и при продолжительном массивном поступлении воздуха из плевральной полости
- 2) - при множественных переломах ребер
- 3) - при "шоковом легком"
- 4) - при переломах грудины

32. Грудной проток впадает:

- 1) - в правый венозный угол
- 2) - в правую внутреннюю яремную вену
- 3) - в верхнюю полую вену
- 4) - в левый венозный угол

33. Классическая триада симптомов при кардиоспазме включает:

- 1) дисфагию, боли и регургитацию;
- 2) изжогу, дисфагию и потерю массы тела;
- 3) аспирацию слюны, боли за грудиной и запоры;
- 4) чувство тяжести за грудиной, кашель и дисфагию;
- 5) дисфагию, изжогу и регургитацию.

34. Куда метастазирует рак молочной железы по лимфатическим путям?

- 1) в апикальные подмышечные лимфоузлы;
- 2) внутренние грудные лимфоузлы;
- 3) внутрибрюшные лимфоузлы;
- 4) подключичные лимфоузлы;

- 5) ретростернальные лимфоузлы
- 6) все вышеперечисленное верно.

35. Дефект мышечного слоя, через который выпячивается слизистая оболочка с подслизистой основой в процессе развития дивертикула Ценкера, локализуется:

- 1) на боковой (чаще левой) стенке шейного отдела пищевода;
- 2) на задней стенке глоточно-пищеводного перехода;
- 3) на передней стенке пищевода сразу под нижним констриктором глотки;
- 4) на боковой (чаще правой) стенке шейного отдела пищевода;
- 5) в нижней трети грудного отдела пищевода.

36. При выполнении операции Геллера по поводу кардиоспазма может произойти сквозное повреждение слизистой оболочки. Если оно не было замечено и устранено во время операции, у больного в послеоперационном периоде может возникнуть:

- 1) пищеводное кровотечение;
- 2) рефлюкс-эзофагит;
- 3) гнойный плеврит;
- 4) медиастинит;
- 5) перитонит
- 6) все осложнения, кроме пищеводного кровотечения и рефлюкс-эзофагита.

37. При субтотальной резекции щитовидной железы по способу Николаева оставляется:

- 1). Ткань железы по бокам от трахеи
- 2). Верхний полюс одной из долей железы
- 3). Нижний полюс одной из долей железы
- 4). Перешеек щитовидной железы
- 5). Нижние полюса обеих долей железы

38. Для разрыва диафрагмы характерны следующие признаки:

- 1). Резкое ослабление дыхания
- 2). Смещение границ сердца
- 3). Над легкими выслушиваются перистальтические шумы кишечника
- 4). Все перечисленное

39. Легкая степень тиреотоксикоза характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1). Повышенной возбудимости
- 2). Сердцебиения
- 3). Выраженного дермографизма
- 4). Сжимающих болей в области сердца
- 5). Сонливости

40. Причиной острых медиастинитов могут быть:

- 1). Повреждения пищевода
- 2). Остеомиелит грудного отдела позвонков
- 3). Поддиафрагмальный абсцесс
- 4). Операции на органах средостения
- 5). Все перечисленное

41. Пилефлебит – это гнойный тромбофлебит:

- 1). Нижней поллой вены
- 2). Верхней поллой вены
- 3). Воротной вены
- 4). Яремной вены

5). Подвздошной вены

42. При остром гематогенном остеомиелите первичный очаг воспаления чаще локализуется:

- 1). В эпифизе
- 2). В метафизе
- 3). В диафизе
- 4). нет конкретной зависимости

43. Наиболее частой формой абдоминальной инфекции у хирургических больных является:

- 1) Первичный перитонит
- 2) Вторичный перитонит
- 3) Третичный перитонит
- 4) Спонтанный перитонит у взрослых
- 5) Туберкулезный перитонит

44. О высокой вероятности синдрома системной воспалительной реакции, связанного с бактериальным инфекционным осложнением, может свидетельствовать значение концентрации прокальцитонина в плазме (сыворотке) крови:

- 1) Менее 0,5 нг/мл
- 2) 0,5 – 2,0 нг/мл
- 3) 2-10 нг/мл
- 4) 10-100 нг/мл
- 5) Более 100 нг/мл

45. Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, характерны для:

- 1) острого деструктивного холецистита
- 2) аскаридоза внутрипеченочных желчных протоков
- 3) холедохолитиаза
- 4) нагноения паразитарной кисты печени
- 5) тяжелого гнойного холангита

46. При обосновании показаний к оперативному вмешательству по поводу острого деструктивного панкреатита в фазе септического расплавления и секвестрации (помимо клинической картины) наиболее информативной является методика обследования:

- 1) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки
- 2) Компьютерная томография с контрастированием
- 3) Фиброгастродуоденоскопия
- 4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- 5) Тонкоигольная пункция забрюшинного пространства под УЗИ-наведением

47. Необходимым и достаточным критерием для диагностики тяжелого билиарного сепсиса является:

- 1) УЗИ - признаки билиарной гипертензии
- 2) Число баллов по шкале SOFA более 2
- 3) Признаки острого холецистита
- 4) Лейкоцитоз более 12×10^9 /мл
- 5) Гипербилирубинемия – 50 мкмоль/л и выше

48. Оптимальным по чувствительности и специфичности биомаркером сепсиса

является:

- 1) Фактор некроза опухоли – ФНО- α
- 2) Интерлейкин-6
- 3) Прокальцитонин
- 4) С-реактивный протеин
- 5) Ни один из указанных

49. Наиболее редкое место развития интраабдоминального абсцесса:

- 1). Правая поддиафрагмальная область
- 2). Левая поддиафрагмальная область
- 3). Правая подпеченочная область
- 4). Малый сальник
- 5). Таз

50. Лучшим вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:

- 1) Лапаротомия, вскрытие и дренирование
- 2). Внебрюшинное вскрытие и дренирование
- 3). Пункция и дренирование гнояника под контролем УЗИ
- 4). Комбинированная антибактериальная терапия
- 5). Все перечисленное верно

6.3. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Общая хирургия: основные клинические синдромы [Электронный ресурс] / Г.Е. Родоман, Т.И. Шалаева, И.Р. Сумеди, Т.Е. Семенова, Е.К. Наумов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439562.html>
2. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
3. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html>
4. Клинические рекомендации. Колопроктология [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Шельгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html>
5. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для [Электронный ресурс] / В. К. Гостищев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html>

Дополнительная:

1. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. Fast track [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевахина, К. В. Лядова, И. Н. Пасечника - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443484.html>

2. Болезни прямой кишки [Электронный ресурс] / Ривкин В.Л. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443187.html>
3. Микрохирургические технологии в абдоминальной хирургии [Электронный ресурс] / И. И. Каган [и др.] ; под ред. И. И. Кагана, А. А. Третьякова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438589.html>