

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Хирургия»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.67 «Хирургия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

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)
--	--	--------------------------------

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Факультетской хирургии им. А.А. Русанова

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

Заведующий кафедрой

Факультетской хирургии им. А.А. Русанова название кафедры
--

Д.м.н. профессор (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	Н.Ю. Коханенко (расшифровка)
---	--	---------------------------------

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.67 «Хирургия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1 «Хирургия»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ Б.1.Б.1 «Хирургия»

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей;	давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека	методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний	Тесты, ситуационные задачи

		причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления;			
ПК-1	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	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий	навыками работы с группами риска	тесты
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	выявить специфические анамнестические особенности ; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способность сопоставлять выявленные при исследовании и признаки с данными клинических и лабораторно - инструментальных методов исследования	Задачи

				я	
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии основы международной классификации болезней.	получить информацию о развитии и течении заболевания; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного	навыками обследования хирургического больного	тесты
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	этиологию, патогенез и клинику основных хирургических заболеваний; принципы лечения и ведения хирургических больных	определять показания к консервативному и хирургическому лечению	навыками для выполнения основных хирургических манипуляций	Задачи, дискуссии
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	основы реабилитации; основы общей патологии человека, иммунологии и реактивности организма	квалифицированно оформлять медицинское заключение	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации	тесты
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы,	организовать в медицинских учреждениях и их структурных	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и	тесты

	медицинских организациях и их структурных подразделениях	определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	подразделениях благоприятных условиях для пребывания пациентов и трудовой деятельности и медицинского персонала	месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей	
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей	Тесты

Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по специальности 31.08.67 «хирургия»
1-й семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практически х навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практически х навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-10	1-15	1-3	1-5
2.	ПК-1	1-20	1-15	1-11	1-5
3.	ПК-2	1-20	1-15	1-11	1-5
4.	ПК-3	1-20	1-15	1-11	1-5
5.	ПК-4	21-40	1-15	1-11	1-5
6.	ПК-5	21-40	1-15	1-11	1-5
7.	ПК-6	21-40	1-15	1-11	1-5
8.	ПК-7	1-40	1-15	1-11	1-5

2-й семестр

№	Индекс	Наименование контрольных мероприятий
---	--------	--------------------------------------

	компетенции	Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-40	16-45	12-15	6-10
2.	ПК-1	1-20	16-45	12-15	6-10
3.	ПК-2	1-20	16-45	12-15	6-10
4.	ПК-3	1-20	16-45	12-15	6-10
5.	ПК-4	21-40	16-45	12-15	6-10
6.	ПК-5	21-60	16-45	12-15	6-10
7.	ПК-6	21-60	16-45	12-15	6-10
8.	ПК-7	1-40	16-45	12-15	6-10

3-й семестр

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практически х навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практически х навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	61-70	31-76	16-29	11-15
2.	ПК-1	61-80	31-76	16-29	11-15
3.	ПК-2	80-100	31-76	16-29	11-15
4.	ПК-3	80-100	31-76	16-29	11-15
5.	ПК-4	80-100	31-76	16-29	11-15
6.	ПК-5	80-100	31-76	16-29	11-15
7.	ПК-6	80-100	31-76	16-29	11-15
8.	ПК-7	80-100	31-76	16-29	11-15

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.Б.1 «Хирургия»

Вопросы для устного собеседования

Хирургия органов брюшной полости:

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.

Заболевания органов грудной клетки и шеи:

- 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.
- 21.Узловой эутиреоидный зоб
22. Аутоиммунный тиреоидит. Клиника, диагностика и лечение.
23. Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, лечение
- 24.Доброкачественные заболевания молочной железы. Классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
- 25.Рак молочной железы. Классификация, этиопатогенез. Факторы риска. Клиническая картина, диагностика.
- 26.Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 27.Рак легкого. Классификация, диагностики, лечение.
- 28.Дивертикулы пищевода. Классификация, клиника, лечение.
29. Ахалазия пищевода. Этиопатогенез. Классификация, клиника, лечение.
30. Травма пищевода. Классификация, клиника, лечение.

Хирургические инфекции

- 31.Анаэробная инфекция. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
32. Гнойные осложнения ран. Клиника, принципы лечения.
- 33.Столбняк. Клиника, профилактика, лечение.
- 34.Острый гнойный мастит. Этиология, классификация, клиника, лечение.
35. Панариций. Этиология, классификация, клиника, лечение.
36. Карбункул. Этиология, классификация, клиника, лечение.
37. Абсцесс. Этиология, классификация, клиника, лечение.
38. Флегмона. Этиология, классификация, клиника, лечение.
39. Гидраденит. Клиника, диагностика, лечение.
40. Рожа и эризипелоид. Клиника, диагностика, лечение.
41. Аденофлегмона. Этиология, классификация, клиника, лечение.
42. Гнойный паротит. Этиология, классификация, клиника, лечение.
43. Остеомиелит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

44. Хирургический сепсис. Этиопатогенез, диагностика, клиника, лечение.
45. Парапроктит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Смежные дисциплины

46. Рак правой половины ободочной кишки. Особенности клинического течения, диагностика, лечение.
47. Рак левой половины ободочной кишки. Особенности клинического течения, диагностика, лечение.
48. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Выбор объема и метода операции.
49. Рак пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
50. Переломы. Клиника, диагностика, лечение.
51. Деформирующий артроз крупных суставов. Клиника, диагностика, лечение.
52. Ампутации и протезирование в травматологии. Виды. Показания.
53. Политравма. Классификация. Виды. Современный подход к лечению.
54. Повреждение связок коленного сустава. Диагностика, клиника, современное лечение.
55. Внематочная беременность. Диагностика, клиника, лечение.
56. Опухоли яичника. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
57. Рак шейки матки. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
58. Повреждения мочевого пузыря. Классификация, диагностика, клиника, лечение.
59. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез. Диагностика, клиника, современное лечение.
60. Основы сердечно-легочной реанимации. Показания. Виды. Современные тенденции.

Заболевания и повреждения сосудов

61. Облитерирующий эндартериит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
62. Облитерирующий атеросклероз. Патогенез, диагностика, лечение.
63. Посттромботическая болезнь нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
64. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Классификация, диагностика, клиника, возможности современного лечения.
65. Острая артериальная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
66. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Причины, проявления, лечение.
67. Острый тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Причины, проявления, лечение.
68. Илео-фemorальный тромбоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Мезентериальный тромбоз. Этиология, патогенез. Диагностика, лечение.
70. Лимфедема. Классификация. Клиника. Методы диагностики и лечения.
71. Аневризмы. Классификация. Клиника. Методы диагностики и лечения.
72. Синдром Лериша. Причины, симптомы. Оперативное лечение.
73. Методы хирургического лечения заболевания артерий (эмболэктомия, эндалтерэктомия, шунтирование, протезирование, методы непрямого реваскуляризации). Показания, осложнения. Инструментарий, сосудистый шов, сосудистые протезы.
74. Методы рентген-эндоваскулярных вмешательств на артериях. Показания, современные возможности, осложнения, медикаментозное сопровождение.
75. Хроническая ишемия органов пищеварения. Клиника, диагностика, лечение.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

Хирургия органов брюшной полости:

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). Участвия 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) Отказать 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 пузыря;
- 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. Наличия опухолевидного образования в эпигастрии
4. Рентгенологически отмеченного смещения желудка и 12-перстной кишки
5. Дизурических расстройств

Заболевания органов грудной клетки и шеи:

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) - коллапсирование 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 позвоночника
- 3). Поддиафрагмальный абсцесс
- 4). Операции на органах средостения
- 5). Все перечисленное

Хирургические инфекции

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 гнойника под контролем УЗИ
- 4). Комбинированная антибактериальная терапия
- 5). Все перечисленное верно

51. Осложнениями подкожного панариция пятого пальца кисти могут быть:

- 1). Тендовагинит
- 2). Флегмона предплечья
- 3). Флегмона плеча
- 4). Правильно 1 и 2
- 5). Все правильно

52. Фибринозных наложений не бывает на брюшине при перитоните:

- 1). Серозном
- 2). Фибринозном
- 3). Геморрагическом
- 4). Гнойном
- 5). Гнилостном

53. Гематогенный остеомиелит чаще всего локализуется:

- 1). В костях черепа
- 2). В груди
- 3). В ключевой кости
- 4). В костях предплечья
- 5). В бедренной и большеберцовой кости

54. Первичный хронический остеомиелит – это:

- 1). Абсцесс Броди
- 2). Склерозирующий остеомиелит Гарре
- 3). Альбуминозный остеомиелит Оллье
- 4). Фибринозный остеомиелит
- 5). Все перечисленные виды

55. Укажите оптимальный доступ для вскрытия аппендикулярного абсцесса:

- 1). Разрез Шпренгеля
- 2). Разрез Мак-Бурнея
- 3). Разрез Пирогова
- 4). Разрез Леннандера
- 5). Поясничный доступ

56. Наиболее тяжелым осложнением фурункула лица является:

- 1). Лимфангит
- 2). Лимфаденит
- 3). Тромбоз венозных синусов твердой венозной оболочки
- 4). Гнойный базальный менингит
- 5) 3 и 4.

57. Септикопиемия отличается от септицемии:

- 1). Бактериемией
- 2). Токсинемией
- 3). Гнойно-резорбтивной лихорадкой
- 4). Наличием метастатических гнойников

58. При флегмоне грыжевого мешка лечение следует начинать с:

- 1). Вскрытия флегмоны
- 2). Срединной лапаротомии
- 3). Выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
- 4). Пункции грыжевого мешка
- 5). Одновременной операции из двух доступов

59. Показания к многоэтапным программируемым санациям брюшной полости определяются наличием:

- 1) разлитого гнойного перитонита;
- 2) распространенного калового перитонита;
- 3) анаэробного перитонита;
- 4) невозможностью одномоментной ликвидации источника перитонита;
- 5) крайней тяжестью состояния больного.

Варианты ответов:

- 1) 1, 2, 4, 5; 2) 2, 3, 4, 5; 3) только 3; 4) только 4; 5) 1, 2, 3, 4, 5;

60. Профилактическая доза противостолбнячной сыворотки:

- 1). 10 000 ME
- 2). 30 000 ME
- 3). 3 000 ME

Смежные дисциплины

61. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли:

- 1) в шейном отделе пищевода;
- 2) в верхнегрудном отделе пищевода;
- 3) в среднегрудном отделе пищевода;
- 4) в нижнегрудном отделе пищевода;

62. К опухолям поджелудочной железы из клеток APUD-системы не относится:

- 1) гастринома;
- 2) инсулинома;
- 3) глюкагонома;
- 4) аденокарцинома;
- 5) ни одно из перечисленных.

63. Какую из перечисленных операций выполняют при раке выходного отдела желудка без отдаленных метастазов?

- 1). Дистальную резекцию 2/3 желудка
- 2). Дистальную субтотальную резекцию желудка
- 3). Проксимальную субтотальную резекцию желудка
- 4). Экстирпацию желудка

64. Плоскоклеточный рак преимущественно встречается:

- 1). В желудке
- 2). В пищеводе
- 3). В тонкой кишке
- 4). В ободочной кишке
- 5). В ампулярном отделе прямой кишки

65. При низкодифференцированном раке щитовидной железы выполняется:

- 1). Гемитиреоидэктомия
- 2). Резекция пораженной доли железы
- 3). Субтотальная резекция щитовидной железы
- 4). Экстирпация щитовидной железы
- 5). Хирургическое лечение противопоказано

66. Средний срок иммобилизации при переломах лучевой кости в типичном месте составляет:

- 1). 2-3 нед.
- 2). 3-4 нед.
- 3). 4-6 нед.
- 4). 7-8 нед.
- 5). 9-10 нед.

67. При травме уретры ведущий симптом:

- 1). Макрогематурия
- 2). Уретроррагия
- 3). Промежностная гематома

4). Частое болезненное мочеиспускание

68. При внутрибрюшинном ранении мочевого пузыря необходимо:

- 1). Зашить отверстие в стенке пузыря и наложить надлобковый свищ
- 2). Зашить отверстие в стенке пузыря и дренировать около пузырное пространство
- 3). Наложить эпицистостому и дренировать околопузырное пространство
- 4). Все верно

69. При повреждении лучевого нерва клинически наблюдается:

- 1). Висячая кисть
- 2). Когтистая кисть
- 3). Обезьянья лапа

70. При повреждении локтевого нерва клинически наблюдается:

- 1). Висячая кисть
- 2). Когтистая кисть
- 3). Обезьянья лапа

71. При ранении внебрюшинных отделов передней стенки мочевого пузыря необходимо:

- 1). Зашить отверстие в стенке пузыря и наложить надлобковый свищ
- 2). Зашить отверстие в стенке пузыря и дренировать околопузырное пространство
- 3). Наложить эпицистостому и дренировать околопузырное пространство

72. Нормальное центральное венозное давление человека колеблется в пределах:

- 1). 0-50 мм водн. столба
- 2). 50-120 мм водн. столба
- 3). 120-160 мм водн. столба

73. Наиболее характерными признаками тромбоэмболии легочной артерии являются:

- 1). Внезапные боли в грудной клетке
- 2). Повышение температуры тела, озноб, кашель со ржавой мокротой
- 3). Внезапная одышка, цианоз, боли в грудной клетке, коллапс
- 4). Тахикардия, снижение артериального давления
- 5). Удушье, пенистая мокрота

74. Как называется полная неподвижность в суставе:

- 1). Контрактура
- 2). Ригидность
- 3). Анкилоз
- 4). Синдесмоз
- 5). Синхродроз

75. Укажите форму гиповолемии, развивающуюся в ранние сроки при массивном кровотечении:

- 1). Нормоцитемическая гиповолемия
- 2). Олигоцитемическая гиповолемия
- 3). Полицитемическая гиповолемия

76. Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится:

- 1) нарушениям гормонального баланса в системе «гипофиз-яичник»

- 2) частым беременностям
- 3) гормональной контрацепции
- 4) внутриматочной контрацепции
- 5) вирусной инвазии

77. Рак шейки матки:

- 1) диагностируется с помощью специфической пробы Шиллера
- 2) чаще встречается у нерожавших женщин
- 3) встречается только в виде экзофитной формы
- 4) на ранних стадиях проявляется ациклическими кровотечениями
- 5) в преинвазивной стадии может являться показанием к электроэксцизии шейки матки.

78. Показанием к хирургическому лечению миомы матки является:

- 1) возраст больной старше 40 лет
- 2) субсерозно-интрамуральное расположение узлов
- 3) субмукозная форма опухоли и нарушение функции соседних органов

79. К часто встречающимся формам внематочной беременности относится:

- 1) трубная беременность
- 2) яичниковая беременность
- 3) брюшная беременность
- 4) межсвязочная беременность
- 5) беременность в рудиментарном роге

80. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью:

- 1) бимануального исследования
- 2) ультразвукового исследования
- 3) выскабливания полости матки
- 4) пункции заднего свода
- 5) серологической реакции на беременность

Заболевания и повреждения сосудов

81. Субъективными симптомами острой ишемии конечности являются:

1. Боль в пораженной конечности
 2. Отсутствие пульсации артерий дистальнее уровня окклюзии
 3. Чувство онемения конечности
 4. Нарушение чувствительности в зоне ишемии
 5. Местное снижение кожной температуры в зоне ишемии
- Варианты ответов: 1)1,2,3 2)2,3,5 3)1,3,4 4)1,2,3,4 5)2,3,4,5

82. При облитерирующем эндартериите характерно поражение:

1. Подвздошно-бедренного сегмента
2. Бедренно-подколенного сегмента
3. Артерий голени и стопы
4. Всего артериального русла нижних конечностей
5. Крупных сосудов, отходящих от дуги аорты

83. Угроза гангрены велика (особенно у пожилых пациентов) при перевязке всех указанных артерий, кроме одной:

- 1) Подмышечная артерия

- 2) Плечевая артерия
- 3) Внутренняя подвздошная артерия
- 4) Наружная подвздошная артерия
- 5) Подколенная артерия

84. Выберите оптимальный метод диагностики аневризмы брюшной аорты:

- 1). Реовазография
- 2). Допплерография
- 3). Обзорная рентгенография брюшной полости
- 4). Ультразвуковое двухмерное сканирование

85. Можно ли выполнить ретроградную селективную ангиографию по Сельдингеру через бедренную артерию при синдроме Лериша?

- 1). Да
- 2). Нет
- 3) Иногда

86. Для удаления эмбола из артерии используется:

- 1). Катетер Фоли
- 2). Катетер Фогарти
- 3). Зонд Блекмора
- 4). Зонд Бебкокка

87. У больного на обеих бедренных артериях не определяется пульсация. Диагноз?

- 1). Синдром Лериша
- 2). Синдром Такаясу
- 3). Синдром Марфана
- 4). Синдром Педжета-Шреттера

88. Сочетание тромбоза глубоких вен с выраженным артериальным спазмом называется:

- 1). белая болевая флегмазия (phlegmasia alba dolens)
- 2). синяя болевая флегмазия (phlegmasia cerulea dolens)
- 3) красная болевая флегмазия
- 4) красная безболевая флегмазия

89. Ранним симптомом посттромбофлебитического синдрома является:

- 1). Трофическая язва
- 2). Расширение мелких подкожных вен нижней трети голени и ее отек
- 3). Рожистое воспаление
- 4). Экзема
- 5). Рецидивирующий тромбофлебит подкожных вен

90. Перемежающую хромоту, как результат выраженного атеросклеротического поражения наружной подвздошной артерии, эффективнее всего лечить:

- 1). Поясничной симпатэктомией
- 2). Ежедневной гимнастикой
- 3). Ву-pass
- 4). Назначением вазодилататоров
- 5). Резекцией пораженного сегмента

91. Развитию острых артериальных тромбозов способствуют:

- 1). Атеросклеротический кардиосклероз
- 2). Септический эндокардит
- 3). Ревматический митральный порок сердца
- 4). Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
- 5). Всё вышеперечисленное

92. Ампутация, как операция выбора при острой артериальной недостаточности нижних конечностей, показана:

- 1). При выраженном атеросклерозе магистральных сосудов нижних конечностей с начальными проявлениями острого тромбоза
- 2). У больных пожилого возраста
- 3). При ишемии III В степени
- 4). Только при ишемии III С степени
- 5). При поздней госпитализации пациента

93. Тромболитический эффект достигается назначением:

- 1). Компаламина
- 2). Стрептокиназы
- 3). Аспирина
- 4). Гепарина
- 5). Солкосерила

94. Для синдрома Лериша характерно все, кроме:

- 1). Гипотермии нижних конечностей
- 2). Бледности кожных покровов
- 3). Мигрирующего тромбангита нижних конечностей
- 4). Боли в ягодичной области в положении сидя
- 5). Импотенции

95. Выберите правильное утверждение относительно клинических проявлений разрыва аневризмы абдоминальной аорты:

- 1). Боль в брюшной полости, шок и пульсирующая абдоминальная опухоль
- 2). Выраженные абдоминальные боли, но они могут быть характерны и для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- 3). Абдоминальные боли не зависят от положения больного и относительно являются постоянными
- 4). Гипотензия и шок нехарактерны для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- 5). Все вышеперечисленное

96. Через 3 дня после аорто-бедренного шунтирования у больного в возрасте 65 лет появились мелена и жидкий стул. Наиболее вероятная причина данного осложнения:

- 1). Кровотечение из стресс-язвы
- 2). Язвенный колит
- 3). Ишемический колит
- 4). Аорто-дуоденальный свищ
- 5). Нагноение в области проксимального анастомоза

97. При атеросклеротическом поражении внутренней сонной артерии методом выбора лечения является:

- 1). Тромбоэндартерэктомия
- 2). Резекция с термино-терминальным анастомозом
- 3). Ву-pass
- 4). Перевязка внутренней сонной артерии
- 5). Назначение антитромбоцитарных препаратов

98. Трофические нарушения, связанные с хронической ишемией, включают следующее:

- 1). Выпадение волос
- 2). Изменения ногтевых пластинок
- 3). Атрофия кожи
- 4). Атрофия мышц
- 5). Все вышеперечисленное

99. Условия необходимые для развития внутрисосудистых тромбозов:

- 1). Повреждение интимы сердца
- 2). Нарушение кровотока
- 3). Изменение состава крови
- 4). Всё вышеперечисленное

100. Восстановление кровотока при острой артериальной недостаточности конечности является абсолютным противопоказанием при:

- 1). Ишемии I А степени медленно прогрессирующей
- 2). Ишемии II В степени у пациента с инфарктом миокарда
- 3). Ишемии III А степени у больного с инсультом
- 4). Ишемии III С степени
- 5). В возрасте больного более 85 лет

НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ:

<u>Раздел 1:</u>	<u>Раздел 2:</u>	<u>Раздел 3:</u>	<u>Раздел 4:</u>	<u>Раздел 5:</u>
1. -3	21. -4	41. -3	61. -1	81. -3
2. -2	22. -2	42. -2	62. -4	82. -3
3. -3	23. -1	43. -2	63. -2	83. -3
4. -3	24. -1	44. -3	64. -2	84. -4
5. -1	25. -3	45. -5	65. -4	85. -2
6. -5	26. -4	46. -2	66. -3	86. -2
7. -2	27. -3	47. -2	67. -2	87. -1
8. -1	28. -3	48. -3	68. -1	88. -1
9. -4	29. -3	49. -4	69. -1	89. -2
10. -3	30. -2	50. -3	70. -2	90. -3
11. -2	31. -1	51. -5	71. -3	91. -4
12. -2	32. -4	52. -1	72. -2	92. -4
13. -2	33. -1	53. -5	73. -3	93. -2
14. -5	34. -6	54. -5	74. -3	94. -3
15. -4	35. -2	55. -3	75. -1	95. -5
16. -4	36. -6	56. -5	76. -1	96. -3
17. -3	37. -5	57. -4	77. -5	97. -1
18. -4	38. -4	58. -2	78. -3	98. -5
19. -3	39. -5	59. -4	79. -1	99. -4

20. -5	40. -5	60- 3	80. -2	100. -4
--------	--------	-------	--------	---------

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

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. РС=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 - положительные.

Симптомы Ровзинга, 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 37,6оС.

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 37,5оС. 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 12х8 см подходящее к крылу подвздошной кости. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

Лейкоцитов в крови-11,2х10⁹/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

Задача №6

Больной К. 25 лет поступил в приемно-диагностическое отделение городской больницы через 1 час от момента заболевания с жалобами на резкие интенсивные боли в эпигастриальной области кинжального характера, тошноту, резкую слабость. Заболевание связывает с физической нагрузкой. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки в течении последних 5 лет. В детском возрасте перенес аппендэктомию. При осмотре: общее состояние пациента средней степени тяжести. Больной находится в вынужденном полусогнутом положении. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=25 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс=102 в минуту. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Язык суховат. Живот втянут, верхнюю часть больной щадит при дыхании. При пальпации отмечается умеренно выраженное мышечное напряжение верхних отделов живота, тут же болезненность. Печеночная тупость не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен в верхних отделах живота. Кишечные шумы вялые. Стула не было. Ректально: перианальная область без патологических изменений. Тонус сфинктера сохранен. Нависания прямой кишки нет, отмечается резкая болезненность передней стенки. Кал на перчатке обычного цвета.

Задание к задаче №6

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
4. Дальнейшая тактика врача.
5. Чем R-логически проявляет себя свободный газ в брюшной полости?
6. Можно ли в данном случае пациенту провести фиброгастродуоденоскопию.
7. Назовите абсолютные показания к оперативному лечению при язвенной болезни желудка и 12перстной кишки.
8. Какое оперативное лечение показано в данном случае.
9. Чем обусловлена резкая болезненность передней стенки прямой кишки?

Задача №7

Больной 39 лет охотник, беспокоят боли, «тяжесть» в правом подреберье. В анамнезе язвенная болезнь 12п кишки, периодически возникает крапивница, зуд кожи. При осмотре край печени ниже реберной дуги справа, безболезненный. В анализах крови эозинофилия.

Задание к задаче №7

1. О каких, прежде всего, поражениях печени можно думать?

2. Если это метастатическое поражение печени, где может чаще всего находиться основная опухоль.
3. О чем может говорить эозинофилия.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести.
5. Что можно ожидать от УЗИ исследования при метастазе в печень.
6. Что можно ожидать от УЗИ при паразитарном поражении печени (эхинококк).
7. Какие специфические методы исследования необходимы при эхинококкозе.
8. Если какие-либо отличия в оперативном лечении при эхинококкозе печени и метастатическом поражении печени.

Задача №8

Больной 30 лет, в течение нескольких дней употреблял крепкие спиртные напитки. Сегодня вечером – многократная рвота съеденной пищей, а затем – с примесью крови и «кофейной гущи», обмечает слабость, головокружение. Лицо бледно. ЧСС 108, АД 100/70. Живот мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При ректальном осмотре – жидкий, черный, дегтеобразный кал на перчатке. **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ** Общий анализ крови: Эр. 2,9 млн, Г-б 88 г/л Г-т 31 По данным ФГДС – 2 разрыва слизистой в кардиальном отделе желудка 1,2х0,2 и 2х0,3 см размерами под сгустками крови. В просвете желудка – жидкая кровь и сгустки крови.

Задание к задаче №8

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. Укажите источник кровотечения и механизм его развития
2. Укажите симптомы наиболее существенные для данного заболевания
3. Определите по необходимости дополнительные методы обследования (для уточнения основного и сопутствующих диагнозов)
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Составьте план комплексного лечения. При каком уровне гемоглобина будет показано проведение гемотрансфузии?
6. Развитие каких осложнений возможно на этапах лечения, способы их профилактики и лечения

Задача №9

У больного 34 лет после приема жирной пищи появились сильные боли в эпигастрии. Болевой синдром купирован приемом анальгетиков и спазмолитиков. На следующий день заметил иктеричность склер и кожи. Вечером – озноб, гипертермия до 39,0. Живот мягкий, умеренно напряжен, болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. Пальпируется увеличенный, напряженный, умеренно болезненный желчный пузырь. Кожа и склеры умеренно иктеричны. ЧСС 110, АД 130/80. Температура тела 37,2 гр. Моча темная. Кал – обычной окраски. Живот мягкий, умеренно напряжен, болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. Пальпируется увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь. Симптом Мерфи положителен, Ортнера-Грекова – слабо положителен, Мьюсси-Георгиевского – отрицательный, Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Задание к задаче №9

1. Поставьте и обоснуйте диагноз
2. Укажите симптомы наиболее существенные для данного заболевания
3. Определите по необходимости дополнительные методы обследования (для уточнения основного и сопутствующих диагнозов)
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Составьте план комплексного лечения. При каком уровне гемоглобина будет показано проведение гемотрансфузии?
6. Развитие каких осложнений возможно на этапах лечения

Задача № 10

Больной Р., 47 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с жалобами на изжогу, рвоту съеденной пищей с примесью крови, умеренные тупые боли в эпигастрии. Из анамнеза выяснено, что считает себя больным в течении последних 3 суток, когда впервые после приема значительного количества алкоголя, появились боли в эпигастрии, изжога. За 3 часов до поступления общее состояние больного стало ухудшаться: присоединились вышеуказанные беспокойства, нарастала слабость. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые – бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, Р-88 уд./мин., АД 95/60 мм. рт. ст. Язык суховат, густо обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, слегка болезненный в эпигастрии при пальпации, аускультативно перистальтика кишечника – удовлетворительная. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Дизурии нет, суточный диурез 1400 мл. Per rectum: на перчатке в ампуле прямой кишки кал черного цвета, оформленный. **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Анализ крови: Hb-98 г/л; Эр.-3,1 x 10¹²/л, гематокрит-34%; цвет. показатель – 0,8; L - 10,2 x 10⁹/л; э-3, п-5, с-56, л-32, м-4; тромбоцитов – 165,0 x 10⁹/л; СОЭ- 24 мм/ч. Анализ мочи: солом.-желт.; прозрач.; уд.вес-1021; реакция-кислая; белок- отр.; сахар -отр.; L-14-16 в п/зр; эпит.плоский-сплошь в п/зр.; бактерии +++++. Биохимический анализ: общий билирубин-17,8 мкмоль/л, прямой – 8,3 мкмоль/л; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок – 56,5 г/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; К- 5,0 ммоль/л; Na -101 ммоль/л; Ca-1,9 ммоль/л; Cl- 98 ммоль/л; GLU – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 5,2 г/л. При ФГДС: пищевод свободно проходим, в нижней его трети- гиперемия, отечность слизистой, небольшие эрозии. Отмечается контактная кровоточивость слизистой пилороантрального отдела желудка, в кардиальном отделе имеется разрыв слизистой 2 x 0,4 см., из которой отмечается умеренное подтекание свежей крови. В желудке - небольшое количество «кофейной гущи».

Задание к задаче №10

1. Обоснуйте и сформулируйте полный клинический диагноз
2. Сформулируйте диагностическую и лечебную программу ведения больного
3. Какое осложнение может развиваться при данном заболевании?
4. Показания к оперативному лечению? Укажите возможный объем операции

Задача № 11

Больной В. – 76 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи через 12 часов от начала заболевания с жалобами на наличие выпячивания в правой паховой области, болезненное при пальпации, слабость, недомогание, тошноту, однократную рвоту, умеренные боли в области сердца, одышку, головную боль. Из анамнеза заболевания выяснено, что 12 часов назад после тяжелой физической нагрузки появилось болезненное выпячивание и умеренная болезненность в паховой области справа. Состояние средней тяжести из-за сердечно – легочной недостаточности: мерцательная аритмия с дефицитом пульса до 8 в мин. Одышку в покое до 26 в мин., пульс 96 в мин., аритмичен. АД 170 и 90 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, единичные хрипы. В правой паховой области определяется выпячивание размерами 15*8см. Спускающаяся в мошонку правую ее половину. При перкуссии над выпячиванием тимпанит, при пальпации резкая болезненность, в брюшную полость не вправляется, напряжение в области выпячивания. Отсутствие передачи кашлевого толчка. **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:** На момент поступления: На ЭКГ – ишемия миокарда, выраженные метаболические нарушения. Гипертрофия левого желудочка. На R – грамме легких – усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. В ан. крови:

эр. – $4,1 \cdot 10^9/\text{л}$, Нб – $120\text{г}/\text{л}$, тромбоциты $290 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $11 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я 6%, с/я 69%, лимфоциты 19%, моноциты 6%. СОЭ – 28 мм/ч. Ан. мочи – без патологии.

Задание к задаче №11

1. Ваш диагноз
2. В чем профилактика развившегося осложнения
3. Перечислите симптомы ущемления грыжи у данного больного

Задача № 12

Мужчина 45 лет поступил в приемный покой с жалобами на головокружение, слабость, тошноту, черный стул, рвоту с кровью. Длительное время принимает алкоголь. Болен около 3х суток. При осмотре бледен, умеренная одышка. Живот равномерно увеличен. Определяется свободная жидкость в брюшной полости, на ногах отеки, печень увеличена равномерно. **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: В анализах крови анемия, гипопропротеинемия.

Задание к задаче №12

1. Какие основные методы физикального обследования помогают выявить свободную жидкость в брюшной полости, перечислить
2. Какие методы диагностики следует провести для уточнения диагноза, их информативность
3. Что вероятнее всего будет выявлено при физикальном обследовании в случае возможного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
4. Причина кровотечения в данном случае, его механизм
5. Какой метод эндоскопического исследования наиболее информативен и почему
6. Основные принципы консервативной терапии при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода
7. Что собой представляет зонд Сенгстакена-Блэкмора.
8. Какой способ остановки кровотечения, в случае если его причиной будут варикозно расширенные вены пищевода, самый быстрый и более эффективен

Задача № 13

Больной Ж., 43 лет доставлена по скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, возникшие после гастрономического эксцесса (приема «острой» пищи), рвоту, вздутие живота, неотхождение стула и газов через 12 часов с момента начала заболевания. Из анамнеза выяснено: на протяжении последних 5 лет многократно лечился в терапевтических отделениях по поводу приступообразных болей в животе, метеоризма, учащенного жидкого стула до 3-5 раз в сутки. Кал - кашицеобразный с примесью слизи, гноя, реже крови. На фоне консервативной терапии состояние улучшалось, во время ремиссии получал поддерживающую профилактическую терапию. При колоноскопии, выполненной месяц назад, выявлена отечность, гиперемия, очаговые геморрагии на слизистых оболочках сигмовидной и прямой кишки, слизистая - зернистая, контактно кровоточит. На слизистой сигмовидной кишки имеются эрозии, рубцующиеся язвы и язвы 3×5 мм с некротическим налетом, слизью, гноем. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР** Состояние больного средней тяжести, $t - 37,50^\circ\text{C}$; кожные покровы бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 96 ударов в минуту, АД-110/70 мм.рт. столба. Язык обложен сероватым налетом, сухой. Живот асимметричен, за счет умеренного увеличения левой половины, которая несколько отстает в акте дыхания. При пальпации определяется болезненный инфильтрат, занимающий левую подвздошную область и умеренный мышечный дефанс; здесь же - симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Перкуторно выявлено исчезновение печеночной тупости. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы не отходят. Вчера был жидкий стул, со слизью прожилками крови, гноем. Симптом поколачивания отрицательный, дизурии-нет, суточный диурез 800 мл.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Анализ крови: Нб-98 г/л; Эр.-3,1 x 10¹² /л, гематокрит-30 %; цветной показатель - 0,9; L15,9 x 10⁹/л, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцит.-175,0x10⁹/л; СОЭ- 26 мм/ч. Анализ мочи: солом.- желтая; прозрач.; уд.вес-1012; реакция - кислая; белок- отр.; кровьотр.; желчь-отр.; сахар-отр.; L- 2-3 в п/зр.; эпит.плоск.- 4-8 в п/зр. Биохимический анализ: общ. билирубин- 20,2 мкмоль/л, прямой - 9,3 мкмоль/л; ALT- 0,6 ммоль/л ; AST-0,4 ммоль/л ; общий белок – 51,4 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевиная8,0 ммоль/л; креатинин-109 ммоль/л; К-5,0 ммоль/л; Na-121 ммоль/л;Ca-1,3 ммоль/л; Cl96 ммоль/л; GLU-3,8 ммоль/л; ПТИ-89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Задание к задаче №13

1. Какой диагноз заболевания при поступлении можно поставить больному на основании анамнеза, клиники заболевания, объективного осмотра?
- 2.Какие осложнения заболевания появились у больной ?
- 3.Сформулируйте лечебно-диагностический алгоритм
- 4.Сформулируйте полный клинический диагноз.

Задача № 14

Больной Р., 42 лет, поступил в клинику через 3 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 90/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: В анализе крови: эр. – 4,5 x 10¹²/л, Нб – 130 г/л, Нт – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

Задание к задаче №14

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?
5. При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.
6. Окончательный клинический диагноз.
7. Классификация повреждений селезенки.
8. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Задача № 15

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних

отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастррии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Общий анализ крови: эритроц. $5,5 \times 10^{12}$, Hb 180 г/л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

Задание к задаче №15

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?

Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы 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
11. Алгоритм постановки назогастрального, назоинтестинального зондов, катетеризация мочевого пузыря. – Выполнять очистительную, стимулирующую и сифонную клизмы.
12. Выполнять следующие операции и манипуляции: первичная хирургическая обработка ран, ушивание открытого пневмоторакса, торакотомия с ушиванием ран легкого, сердца, ушивание ран кишки при повреждениях кишечника, резекция тонкой и толстой кишки, дренирование плевральной и брюшной полостей, аппендэктомия при остром и хроническом аппендиците, грыжесечение при плановой и ущемленной паховой, бедренной или пупочной грыже, грыжесечение при вентральной грыже, ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, наложение гастростомы и колостомы, удаление геморроидальных узлов, трахеостомия и трахеотомия, холецистэктомия, удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие гнойников: абсцесса, флегмоны, парапроктита, панариция и др., обработка термических ожогов, остановка кровотечения при повреждениях магистральных сосудов, операция при нарушенной внематочной беременности, удаление поверхностно расположенных доброкачественных опухолей мягких тканей, пункция плевральной полости, транспортная иммобилизация при повреждениях конечностей и позвоночника, вправление вывихов, ретроплевральная, регионарная и пр. новокаиновые блокады, надлобковая пункция мочевого пузыря, эпицистостомия, наложение иммобилизационных повязок при различной локализации переломов).
13. Алгоритм оказания помощи при обмороке и коллапсе
14. Алгоритм оказания помощи при эпилептическом припадке
15. Алгоритм оказания помощи при гипертоническом кризе
16. Алгоритм оказания помощи при инфаркте миокарда
17. Алгоритм оказания помощи при приступе бронхиальной астмы
18. Алгоритм оказания помощи при острых аллергических состояниях
19. Алгоритм оказания помощи при кровохарканье, легочном кровотечении
20. Алгоритм оказания помощи при спонтанном, травматическом пневмотораксе
21. Алгоритм оказания помощи при экстренной хирургической помощи при открытой травме груди
22. Алгоритм оказания помощи при экстренной хирургической помощи при закрытой травме груди
23. Алгоритм оказания помощи при экстренной хирургической помощи при нарушении проходимости трахеи и бронхов
24. Алгоритм оказания помощи при тромбо- и воздушной эмболии ветвей легочной артерии
25. Алгоритм оказания помощи при остановке дыхательной и сердечной деятельности: искусственное дыхание
26. Алгоритм закрытого и открытого массажа сердца
27. Алгоритм констатации клинической смерти.
28. Алгоритм определения вероятных и достоверных признаков биологической смерти.
29. Определение патологического типа дыхания (Куссмауля, Чейнна-Стокса, Биота).

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.