

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы

по дисциплине

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность **31.05.02 Педиатрия**

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции
ПК 5 Способен к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого- анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
ПК 6: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК8: Способен к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК5	Задания закрытого типа	<p>1.К возникновению брюшных грыж предрасполагает все, кроме:</p> <p>А) пожилого возраста</p> <p>В) особенностей строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж</p> <p>С) заболеваний, вызывающих повышение внутрибрюшного давления</p> <p>Д) паралич нервов брюшной стенки</p> <p>ответ: С</p> <p>2.Нижней стенкой пахового канала является:</p> <p>А) поперечная фасция</p> <p>В) нижний край наружной косой мышцы живота</p> <p>С) жимбернатова связка</p> <p>Д) паховая связка</p> <p>ответ: D</p> <p>3.Рихтеровским называется ущемление:</p> <p>А) пристеночное</p> <p>В) сигмовидной кишки в скользящей грыже</p> <p>С) меккелева дивертикула</p> <p>Д) червеобразного отростка</p> <p>ответ: А</p> <p>4.Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:</p> <p>А) варикоцеле</p> <p>В) опухоли яичка</p> <p>С) гидроцеле</p> <p>Д) аневризмы v. saphenamagna</p>

		<p>ответ: D .</p> <p>5. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:</p> <p>A) спазмолитики и теплая ванна</p> <p>B) наблюдение</p> <p>C) антибиотики и строгий постельный режим</p> <p>D) экстренная операция</p> <p>ответ: D</p> <p>6. Специфическим для острого аппендицита является симптом:</p> <p>A) Кохера - Волковича</p> <p>B) Ровзинга</p> <p>C) Ситковского</p> <p>D) все три симптома</p> <p>ответ: D</p> <p>7. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:</p> <p>A) Воскресенского (синдром "рубашки")</p> <p>B) Щеткина - Блюмберга</p> <p>C) Раздольского</p> <p>D) все названные симптомы</p> <p>ответ: D</p> <p>8. Развитие патологического процесса в червеобразном отростке при остром аппендиците начинается с:</p> <p>A) серозного покрова отростка</p> <p>B) слизистой червеобразного отростка</p> <p>C) мышечного слоя отростка</p> <p>D) купола слепой кишки</p> <p>ответ: B</p> <p>9. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:</p> <p>A) детей</p> <p>B) пожилых больных</p> <p>C) мужчин</p> <p>D) женщин</p> <p>ответ: B</p>
--	--	---

		<p>10. Острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем, кроме:</p> <p>A) напряжения мышц в правой подвздошной</p> <p>B) быстрого развития разлитого перитонита</p> <p>C) высокой температуры</p> <p>D) выраженной интоксикации</p> <p>ответ: A</p> <p>11. Для перфоративного аппендицита не характерно:</p> <p>A) нарастание клинической картины перитонита</p> <p>B) внезапное усиление болей в животе</p> <p>C) напряжение мышц передней брюшной стенки</p> <p>D) диарея</p> <p>ответ: D</p> <p>12.Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:</p> <p>A) симптом Кохера - Волковича</p> <p>B) головокружение и обмороки</p> <p>C) симптом Бартонье - Михельсона</p> <p>D) пункция заднего свода влагалища</p> <p>ответ: D</p> <p>13.Для диагностики острого аппендицита не применяют:</p> <p>A) пальпацию брюшной стенки</p> <p>B) клинический анализ крови</p> <p>C) пальцевое ректальное исследование</p> <p>D) ирригоскопию</p> <p>ответ: D</p> <p>14. Наиболее часто встречающейся формой острого панкреатита является:</p> <p>A) отечный панкреатит</p> <p>B) жировой панкреонекроз</p> <p>C) геморрагический панкреонекроз</p> <p>D) гнойный панкреатит</p> <p>ответ: A</p> <p>15.Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли:</p> <p>A) ноющие</p>
--	--	---

		<p>В) схваткообразные</p> <p>С) кинжальные</p> <p>Д) опоясывающие</p> <p>ответ: D</p> <p>16. При лечении острого панкреатита не должны применяться</p> <p>А) отсасывание содержимого желудка</p> <p>В) введение глюконата кальция</p> <p>С) спазмолитики</p> <p>Д) препараты опиоидов</p> <p>ответ: D</p> <p>17. Показаниями к операции при остром деструктивном панкреатите является, все кроме:</p> <p>А) инфицированный перитонит</p> <p>В) паралитическая кишечная непроходимость</p> <p>С) неэффективность консервативной терапии в течение 2-х суток</p> <p>Д) механическая желтуха, не разрешенная эндоскопически</p> <p>ответ: B</p> <p>18. Самой частой причиной перитонита является</p> <p>А) острый аппендицит</p> <p>В) прободная язва</p> <p>С) сальпингит</p> <p>Д) кишечная непроходимость</p> <p>ответ: A</p> <p>19. Для перитонита не характерно:</p> <p>А) напряжение мышц брюшной стенки</p> <p>В) симптом Курвуазье</p> <p>С) учащение пульса</p> <p>Д) задержка отхождения газов</p> <p>ответ: B</p> <p>20. Симптомом перитонита не является:</p> <p>А) рвота</p> <p>В) схваткообразные боли в животе</p> <p>С) кровавый стул</p> <p>Д) задержка стула и газов</p>
--	--	---

		<p>ответ: С</p> <p>21. Для поддиафрагмального абсцесса не характерно:</p> <p>А) боль в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, связанная с дыханием</p> <p>В) болезненность при надавливании в области нижних ребер</p> <p>С) гектическая температура</p> <p>Д) чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости</p> <p>ответ: D</p> <p>22. Оптимальным доступом для вскрытия поддиафрагмального абсцесса является:</p> <p>А) тораколапаротомия</p> <p>В) люмботомия</p> <p>С) двухмоментный чрезплевральный доступ</p> <p>Д) лапаротомия по Федорову</p> <p>ответ: А</p> <p>23. При абсцессе Дугласова пространства показано:</p> <p>А) пункция через брюшную стенку</p> <p>В) вскрытие через брюшную стенку</p> <p>С) вскрытие и дренирование через прямую кишку</p> <p>Д) консервативное лечение</p> <p>ответ: С</p> <p>24. При раке средне- грудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:</p> <p>А) срыгивание</p> <p>В) боль за грудиной</p> <p>С) кашель, одышка</p> <p>Д) дисфагия</p> <p>ответ: D</p> <p>25. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:</p> <p>А) инвагинация дивертикула</p> <p>В) зондовое питание</p> <p>С) удаление дивертикула</p> <p>Д) эндоскопическое рассечение в месте сужения ниже дивертикула</p> <p>ответ: С</p>
--	--	--

ПК6	Задания закрытого типа	<p>1.К возникновению брюшных грыж предрасполагает все, кроме:</p> <p>А) пожилого возраста</p> <p>В) особенностей строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж</p> <p>С) заболеваний, вызывающих повышение внутрибрюшного давления</p> <p>Д) паралич нервов брюшной стенки</p> <p>ответ: С</p> <p>2.Нижней стенкой пахового канала является:</p> <p>А) поперечная фасция</p> <p>В) нижний край наружной косой мышцы живота</p> <p>С) жимбернатова связка</p> <p>Д) паховая связка</p> <p>ответ: D</p> <p>3.Рихтеровским называется ущемление:</p> <p>А) пристеночное</p> <p>В) сигмовидной кишки в скользящей грыже</p> <p>С) меккелева дивертикула</p> <p>Д) червеобразного отростка</p> <p>ответ: А</p> <p>4.Пахово-мошоночную грыжу дифференцируют со всем, кроме:</p> <p>А) варикоцеле</p> <p>В) опухоли яичка</p> <p>С) гидроцеле</p> <p>Д) аневризмы v. saphenamagna</p> <p>ответ: D .</p> <p>5.При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:</p>

		<p>A) спазмолитики и теплая ванна</p> <p>B) наблюдение</p> <p>C) антибиотики и строгий постельный режим</p> <p>D) экстренная операция</p> <p>ответ: D</p> <p>6. Специфическим для острого аппендицита является симптом:</p> <p>A) Кохера - Волковича</p> <p>B) Ровзинга</p> <p>C) Ситковского</p> <p>D) все три симптома</p> <p>ответ: D</p> <p>7. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:</p> <p>A) Воскресенского (синдром "рубашки")</p> <p>B) Щеткина - Блюмберга</p> <p>C) Раздольского</p> <p>D) все названные симптомы</p> <p>ответ: D</p> <p>8. Развитие патологического процесса в червеобразном отростке при остром аппендиците начинается с:</p> <p>A) серозного покрова отростка</p> <p>B) слизистой червеобразного отростка</p> <p>C) мышечного слоя отростка</p> <p>D) купола слепой кишки</p> <p>ответ: B</p> <p>9. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:</p> <p>A) детей</p> <p>B) пожилых больных</p> <p>C) мужчин</p> <p>D) женщин</p> <p>ответ: B</p> <p>10. Острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем, кроме:</p> <p>A) напряжения мышц в правой подвздошной</p> <p>B) быстрого развития разлитого перитонита</p>
--	--	---

		<p>С) высокой температуры</p> <p>Д) выраженной интоксикации</p> <p>ответ: А</p> <p>11. Для перфоративного аппендицита не характерно:</p> <p>А) нарастание клинической картины перитонита</p> <p>В) внезапное усиление болей в животе</p> <p>С) напряжение мышц передней брюшной стенки</p> <p>Д) диарея</p> <p>ответ: D</p> <p>12.Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:</p> <p>А) симптом Кохера - Волковича</p> <p>В) головокружение и обмороки</p> <p>С) симптом Бартонье - Михельсона</p> <p>Д) пункция заднего свода влагалища</p> <p>ответ: D</p> <p>13.Для диагностики острого аппендицита не применяют:</p> <p>А) пальпацию брюшной стенки</p> <p>В) клинический анализ крови</p> <p>С) пальцевое ректальное исследование</p> <p>Д) ирригоскопию</p> <p>ответ: D</p> <p>14. Наиболее часто встречающейся формой острого панкреатита является:</p> <p>А) отечный панкреатит</p> <p>В) жировой панкреонекроз</p> <p>С) геморрагический панкреонекроз</p> <p>Д) гнойный панкреатит</p> <p>ответ: А</p> <p>15.Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли:</p> <p>А) ноющие</p> <p>В) схваткообразные</p> <p>С) кинжальные</p> <p>Д) опоясывающие</p>
--	--	---

		<p>ответ: D</p> <p>16. При лечении острого панкреатита не должны применяться</p> <p>A) отсасывание содержимого желудка</p> <p>B) введение глюконата кальция</p> <p>C) спазмолитики</p> <p>D) препараты опиия</p> <p>ответ: D</p> <p>17.Показаниям к операции при остром деструктивном панкреатите является, все кроме:</p> <p>A) инфицированный перитонит</p> <p>B) паралитическая кишечная непроходимость</p> <p>C) неэффективность консервативной терапии в течение 2-х суток</p> <p>D) механическая желтуха, не разрешенная эндоскопически</p> <p>ответ: B</p> <p>18.Самой частой причиной перитонита является</p> <p>A) острый аппендицит</p> <p>B) прободная язва</p> <p>C) сальпингит</p> <p>D) кишечная непроходимость</p> <p>ответ: A</p> <p>19. Для перитонита не характерно:</p> <p>A) напряжение мышц брюшной стенки</p> <p>B) симптом Курвуазье</p> <p>C) учащение пульса</p> <p>D) задержка отхождения газов</p> <p>ответ: B</p> <p>20.Симптомом перитонита не является:</p> <p>A) рвота</p> <p>B) схваткообразные боли в животе</p> <p>C) кровавый стул</p> <p>D) задержка стула и газов</p> <p>ответ: C</p> <p>21.Для поддиафрагмального абсцесса не характерно:</p>
--	--	---

		<p>А) боль в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, связанная с дыханием</p> <p>В) болезненность при надавливании в области нижних ребер</p> <p>С) гектическая температура</p> <p>Д) чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости</p> <p>ответ: D</p> <p>22..Оптимальным доступом для вскрытия поддиафрагмального абсцесса является:</p> <p>А) тораколапаротомия</p> <p>В) люмботомия</p> <p>С) двухмоментныйчрезплевральный доступ</p> <p>Д) лапаротомия по Федорову</p> <p>ответ: А</p> <p>23. При абсцессе Дугласова пространства показано:</p> <p>А) пункция через брюшную стенку</p> <p>В) вскрытие через брюшную стенку</p> <p>С) вскрытие и дренирование через прямую кишку</p> <p>Д) консервативное лечение</p> <p>ответ: С</p> <p>24. При раке средне- грудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:</p> <p>А) срыгивание</p> <p>В) боль за грудиной</p> <p>С) кашель, одышка</p> <p>Д) дисфагия</p> <p>ответ: D</p> <p>25. При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:</p> <p>А) инвагинация дивертикула</p> <p>В) зондовое питание</p> <p>С) удаление дивертикула</p> <p>Д) эндоскопическое рассечение в месте сужения ниже дивертикула</p> <p>ответ: С</p>
--	--	---

ПК8	Задания открытого типа:	<p>1. Задание дополнения</p> <p>1. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является _____</p> <p>Ответ: дисфагия</p> <p>2. В диагностике инородных тел пищевода не используют _____</p> <p>Ответ: зондирование пищевода</p> <p>3. При раке шейного отдела пищевода чаще применяют _____</p> <p>ответ: лучевую терапию</p> <p>4. Наиболее опасным осложнением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является _____</p> <p>Ответ: пептическая язва пищевода</p> <p>5. Основным методом лечения кардиоспазма является _____</p> <p>Ответ: кардиодилатации</p> <p>6. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:</p> <p>Ответ: контрастное рентгеновское исследование</p> <p>7. Патогномоничным рентгенологическим симптомом перфорации полого органа в свободную брюшную полость является _____</p> <p>Ответ: свободный газ под правым куполом диафрагмы</p> <p>8. У больного, перенесшего лапаротомию по поводу аппендикулярного перитонита, на шестые сутки после операции появились боли в нижней половине живота, тенезмы, дизурические явления. Температура 39 градусов, с гектическими размахами, ознобы. Язык влажный, живот мягкий, умеренно болезненный над лобком. При ректальном исследовании- в малом тазу пальпируется большой, резко болезненный инфильтрат с размягчением. Ваш диагноз _____</p> <p>Ответ: абсцесс Дугласова пространства</p> <p>9. Поперечная болезненная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома _____</p> <p>Ответ: Керте</p> <p>10. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите получила название симптома _____</p>

		<p>Ответ: Мейо-Робсона</p> <p>11. Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях гнойного перитонита является_____</p> <p>Ответ: ушивание перфорации</p> <p>12. Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки основными симптомами являются_____</p> <p>Ответ: рвота цвета кофейной гущи и мелена.</p> <p>13. Основным методом консервативного лечения кардиоспазма является_____</p> <p>Ответ: кардиодилатации</p> <p>14. Для рака пищевода основным симптомом является_____</p> <p>Ответ: дисфагия</p> <p>14. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является_____</p> <p>Ответ: колоноскопия</p> <p>15. При профузном кишечном кровотечении на фоне неспецифического язвенного колита показано_____</p> <p>Ответ: хирургическое лечение</p> <p>16. Чаще всего дивертикулез локализуется в_____кишке:</p> <p>Ответ: восходящей</p> <p>17. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является_____</p> <p>Ответ: пельвиоректальный</p> <p>18. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области анального отверстия можно думать_____</p> <p>Ответ : геморрой.</p> <p>19. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является_____</p> <p>Ответ: бронхоскопия</p> <p>20. Меккелев дивертикул является анатомическим элементом_____</p> <p>Ответ: подвздошной кишки</p> <p>21. Инвагинация относится к_____непроходимости</p> <p>Ответ: смешанной</p> <p>22. Заворот относится _____к непроходимости:</p> <p>Ответ: странгуляционной.</p>
--	--	---

		<p>23. Узлообразование относится _____ к непроходимости:</p> <p>Ответ: странгуляционной.</p> <p>24. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при _____</p> <p>Ответ: динамической.</p> <p>25. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается _____</p> <p>Ответ: злокачественными опухолями.</p> <p>30. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится _____</p> <p>Ответ: обзорная рентгенография органов брюшной полости.</p> <p>31. Кал в виде малинового желе характерен для _____ непроходимости:</p> <p>Ответ: инвагинации</p> <p>35. Болевой синдром при непроходимости кишечника характеризуется _____ болями</p> <p>Ответ: схваткообразными</p> <p>36. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны _____</p> <p>Ответ: слизистого слоя.</p> <p>37. _____ являются основным рентгенологическим признаком кишечной непроходимости:</p> <p>Ответ: чаши Клойбера".</p> <p>38. При нежизнеспособной петли тонкой кишки производится резекция приводящей петли отступая от линии некроза в пределах _____</p> <p>Ответ: 30-40 см .</p> <p>39. При нежизнеспособной петли тонкой кишки производится резекция отводящей петли отступая от линии некроза в пределах _____</p> <p>Ответ: 15-20 см .</p> <p>40. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при _____ непроходимости.</p> <p>Ответ: странгуляционной.</p> <p>41. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости проводят во _____</p> <p>Ответ: 2-м межреберье по среднеключичной линии.</p> <p>42. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких являются _____</p>
--	--	---

		<p>Ответ: кашель и высокая температура.</p> <p>43. При _____ характерным симптомом является -симптом "барабанных палочек".</p> <p>Ответ: Бронхоэктатической болезни.</p> <p>44. Экстренная операция при неспецифическом язвенном колите показано при _____</p> <p>Ответ: перфорации кишки</p> <p>45. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области анального отверстия можно думать о _____</p> <p>Ответ: геморрое</p> <p>2. Задания свободного изложения</p> <p>1. У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится. 1) Ваш диагноз? 2) <u>Лечебная тактика</u>.</p> <p>Правильный ответ: 1. ущемленная грыжа. 2. оперативное лечение</p> <p>2. Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны. Характер ущемления тонкой кишки?</p> <p>Правильный ответ: ретроградное ущемление.</p> <p>3. К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже паупертовой связки. Температура нормальная. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: бедренная грыжа.</p> <p>4. Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного средней тяжести. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – 10.2×10⁹/л. 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Какое заболевание следует исключить?</p> <p>Правильный ответ: аппендикулярный инфильтрат? Опухоль слепой кишки.</p>
--	--	---

		<p>5. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - 14.5×10⁹/л. Ваш предварительный диагноз?</p> <p>Правильный ответ: острый аппендицит</p> <p>6. Женщина 32 лет. Вторая беременность – 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела – 32,7°. Лейкоциты – 11,6×10⁹/л. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный. Ваш предварительный диагноз? Какое заболевание следует исключить и как?</p> <p>Правильный ответ: Острый аппендицит. Острый холцистит. Выполнить УЗИ брюшной полости.</p> <p>7. У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз 11,2×10⁹/л. Какое осложнение вы заподозрили у больного?</p> <p>Правильный ответ: внутрибрюшное кровотечение из брыжейки аппендикса.</p> <p>8. Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 ° С, За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Общее состояние средней тяжести. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастриальной области. Лейкоцитов в крови 9,2 х 10³ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты . Какой диагноз Вы поставите?</p> <p>Правильный ответ: острый холецистит.</p> <p>9. Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, Френкиус-симптом. УЗИ при поступлении – желчный пузырь 146х72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области</p>
--	--	---

		<p>шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41х32 мм, холедох 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя. Какой диагноз у больной, что подтверждает диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.</p> <p>10. У больной 65 лет, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации в правом подреберье определялось значительных размеров плотноэластическое безболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины не определялось. Температура тела все это время оставалась нормальной, лейкоцитоз отсутствовал, сдвига лейкоцитарной формулы нет. При УЗИ – желчный пузырь 123х63, стенка 4 мм, в области шейки фиксированный конкремент 23х18 мм, холедох 6 мм. Ваш диагноз и тактика лечения?</p> <p>Правильный ответ: водянка желчного пузыря, показана операция – холецистэктомия.</p> <p>11. У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до 37,8⁰ С, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ – желчный пузырь 115х63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ – желчный пузырь 82х59 мм, стенка 3мм, холедох 8 мм. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: холедохолитиаз</p> <p>12. Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 39⁰С. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженный лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево. Какое осложнение острого холецистита у больной?</p> <p>Правильный ответ: перитонит</p> <p>13. Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после</p>
--	--	---

		<p>операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л. Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной? Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?</p> <p>Правильный ответ: холангиография. холедохолитиаз</p> <p>14. Больная С., 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря, операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита, сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено. Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков?</p> <p>Правильный ответ: Посттравматическая стриктура холедоха.</p> <p>15. Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ – был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена. Какое осложнение развилось у больной?</p> <p>Правильный ответ: острый панкреатит</p> <p>16. Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД – 100/60 мм рт.ст. Ps – 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Нб - 105 г/л, эр. – 2,32 · 10¹² / л, амилаза крови – 128 ед. Какое осложнение развилось?</p> <p>Правильный ответ: Внутрикишечное кровотечение.</p> <p>17. Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезенки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: острая кишечная спаечная непроходимость</p>
--	--	--

		<p>18. Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р – 78 в 1 мин. Живот ассиметричен – резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко – эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму, жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Заворот сигмовидной кишки. Рак сигмовидной кишки.</p> <p>19. Больная 56 лет оперируется в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. До операции подозревалась острая спаечная кишечная непроходимость, но во время ревизии органов брюшной полости выяснилось, что непроходимость вызвана опухолью сигмовидной кишки. Опухоль размерами 5,0х4,0х4,0 см циркулярно суживает просвет кишки, прорастает серозную оболочку, подвижна, не связана с окружающими органами. Ниже её кишка спавшаяся. Тонкая и ободочная кишка до опухоли переполнены газом и содержимым. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Рак сигмовидной кишки. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость.</p> <p>20. Больной Н. 32 лет находится на лечении в травматологическом отделении по поводу компрессионного перелома позвоночника без неврологических нарушений. Из анамнеза: трое суток назад упал с высоты 3 этажа. Жалобы на отсутствие отхождения стула и газов в течение трёх дней, вздутие живота, умеренные боли в животе. Состояние средней степени тяжести. Рс – 72 в 1 мин. Живот умеренно вздут, ассиметрии нет, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, равномерно болезненный во всех отделах. Перитонеальных знаков и мышечного напряжения нет.</p> <p>Какой диагноз ?</p> <p>Правильный ответ: Динамическая паралитическая кишечная непроходимость.</p> <p>21. У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Нb – 105 г/л, лейкоцитов - 18х10⁹/л, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час. Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Абсцесс сальниковой сумки. УЗИ поджелудочной железы, при возможности компьютерная томография</p>
--	--	---

		<p>22. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонияльные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10⁹/л. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Флегмона забрюшинной клетчатки</p> <p>23. Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки. Тактика лечения?</p> <p>Правильный ответ: Комплексное консервативное лечение, после чего решить вопрос о необходимости диагностической лапароскопии</p> <p>24. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10⁹/л. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Острый панкреатит</p> <p>25. У больного 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи появились боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, многократная рвота. Больной в течении 6 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, умеренно напряжен и болезненный в эпигастриальной области. Пульс – 96 в минуту. Температура 37,2°. АД – 125/90 мм рт. ст. Лейкоциты 17×10⁹/л. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Пенетрация язвы желудка в тело поджелудочной железы,</p> <p>осложнения - острый панкреатит.</p> <p>26. Больная Л. 54 лет обратилась в приёмное отделение хирургического стационара через 14 суток от момента заболевания. Заболевание развилось на фоне полного благополучия с возникновения болей в подложечной области, затем боли переместились в правую подвздошную область, сопровождались тошнотой, сухостью во рту, однократной рвотой. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. Через 10 суток от момента заболевания присоединился понос до 3 - 4 раз в сутки, гипертермии – 38,2 С. . Состояние средней степени тяжести. Ps – 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование размерами 8,0х8,0х6,0 см плотно – эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лейкоциты крови – 12,0х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ночью остро возникли интенсивные боли по всему животу. При осмотре – живот резко болезненный и напряжённый во всех</p>
--	--	--

		<p>отделах, положителен симптом Щёткина – Блюмберга. Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Острый деструктивный аппендицит, аппендикулярный абсцесс перитонит.</p> <p>27. Больной А. 43 г., страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. На 3 сутки от начала заболевания обратился к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Р – 124 в 1 мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут. В акте дыхания участия не принимает. При пальпации болезненный и напряжённый во всех отделах. Положителен симптом Щёткина – Блюмберга по всему животу. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, определяется тимпанит, притупление в отлогих местах. При аускультации выслушиваются патологические кишечные шумы – «шум падающей капли». Ваш диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Прикрытая перфоративная язва 12-перстной кишки. Перитонит.</p> <p>28. На операции у пациента М. 53 лет, оперируемого в экстренном порядке, выявлены следующие изменения. Париеальная и висцеральная брюшина гиперемирована, отёчна, петли тонкой кишки значительно переполнены газом и жидким содержимым, покрыты наложениями фибрина, в брюшной полости во всех отделах около 500,0 мл. гнойно – фибринозного выпота. Червеобразный отросток изменён гангренозно, на верхушке имеется перфорационное отверстие до 0,5 см в диаметре, между петлями тонкой кишки обнаружены три межкишечных абсцесса по 50,0 мл гноя. Ваш интраоперационный диагноз?</p> <p>Правильный ответ: Острый гангренозно – перфоративный аппендицит. Распространённый гнойно – фибринозный перитонит.</p> <p>29. Больной 40 лет, жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38°C. При осмотре состояние больного тяжелое, пульс 100-110 уд/мин, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется: Ваш диагноз?</p> <p>Ответ: острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности.</p> <p>ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерии - четкая, на артериях стопы не определяется. Отмечается ослабление пульсации на артериях стопы. О каком заболевании можно думать? Правильный ответ: раннем облитерирующем атеросклерозе магистральных артерий нижних конечностей.</p>
--	--	---

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
----------------------------	---------

91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения

неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует
---------------------	--	---	--	-------------