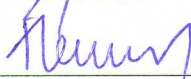


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС

Согласовано:

Декан ФПК и ППС



«23» мая 2019 года

Утверждаю

Проректор по ЛР и ЦО

 В. А. Крутова

«23» мая 2019 года



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Для специальности

31.08.67 «Хирургия»
(наименование специальности)

Факультет

повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов
(наименование факультета)

Кафедра

хирургии № 2 ФПК и ППС
(наименование кафедры)

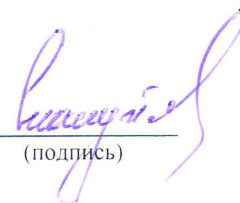
Форма обучения: ординатура

2019 год

Рабочая программа государственной итоговой аттестации ординаторов для специальности «Хирургия» составлена на основании ФГОС ВО по специальности 31.08.67 «Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ № 1110 от 26 августа 2014 года и учебного плана по специальности 31.08.67 «Хирургия».

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Мануйлов А. М.
(расшифровка)

Доцент кафедры, к.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Хубиева Ф. У.
(расшифровка)

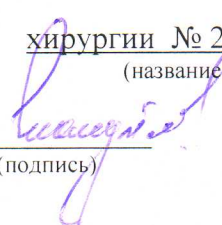
Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
хирургии № 2 ФПК и ППС
(название кафедры)

«01» 02 2019 г., протокол заседания № 2

Заведующий кафедрой

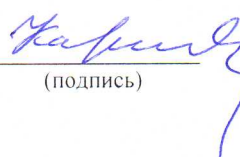
хирургии № 2 ФПК и ППС
(название кафедры)

профессор, д.м.н.
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Мануйлов А. М.
(расшифровка)

Рецензент – Карипиди Геннадий Константинович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России


(подпись)

Карипиди Г. К.
(расшифровка)

Согласовано:

Председатель методической комиссии ФПК и ППС


(подпись)

Заболотских И. Б.
(расшифровка)

Протокол № 13 от «23» 05 2019 года

ВВЕДЕНИЕ

Государственная итоговая аттестация по программе **ординатуры** по специальности 31.08.67 «Хирургия» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по хирургии в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие основную профессиональную образовательную программу **ординатуры** по специальности 31.08.67 «Хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца об окончании ординатуры, соответственно освоенной программе и сертификат специалиста.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ЦЕЛЬ: выявление теоретической и практической подготовки врача-специалиста по хирургии, а также совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-хирурга, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

ЗАДАЧИ:

Оценить уровень подготовки по следующим видам профессиональной деятельности:

- 1) профилактическая деятельность:
 - предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
 - проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
 - проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- 2) диагностическая деятельность:
 - диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
 - диагностика неотложных состояний;
 - диагностика беременности;
 - проведение медицинской экспертизы;
- 3) лечебная деятельность:
 - оказание специализированной медицинской помощи;
 - участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
 - оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- 4) реабилитационная деятельность:
 - проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- 5) психолого-педагогическая деятельность:
 - формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- 6) организационно-управленческая деятельность:
 - применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
 - организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
 - организация проведения медицинской экспертизы;
 - организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
соблюдение основных требований информационной безопасности.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость государственной итоговой аттестации – 108 академических часов (3 ЗЕ).

4. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три этапа:

1 этап – проверка освоения практических умений;

2 этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;

3 этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

- 1) тесты для компьютерного тестирования;
- 2) вопросы к экзамену;
- 3) билеты к экзамену;
- 4) ситуационные задачи.

Примеры тестовых заданий:

В	001	ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:
О	А	Мерфи
О	Б	Ровзинга
О	В	Воскресенского
О	Г	Бартомье-Михельсона
В	002	НЕВЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО:
О	А	рвота всегда предшествует боли
О	Б	боль часто начинается в эпигастральной области
О	В	клинические признаки болезни нарастают постепенно
О	Г	изменения в крови не являются специфическими
В	003	ПЕРВИЧНО-ГАНГРЕНОЗНЫЙ АППЕНДИЦИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:
О	А	у лиц пожилого и старческого возраста
О	Б	у детей
О	В	во второй половине беременности
О	Г	у мужчин
В	004	РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	пункция заднего свода влагалища
О	Б	симптом Промптова
О	В	головокружение и обмороки
О	Г	симптом Бартомье-Михельсона
В	005	АППЕНДИКУЛЯРНАЯ АРТЕРИЯ ОТХОДИТ ОТ:
О	А	подвздошно-ободочной артерии
О	Б	правой ободочной артерии
О	В	нижней брыжеечной артерии
О	Г	средней ободочной артерии
В	006	ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА КОЖНОГО РАЗРЕЗА ПРИ ОБЫЧНОЙ АППЕНДЕКТОМИИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ:
О	А	10-12 см
О	Б	2-2,5 см
О	В	3-4 см
О	Г	6-8 см
В	007	ПРОМЫВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ПОКАЗАНО:
О	А	при разлитом гнойном перитоните
О	Б	при периаппендикулярном абсцессе
О	В	при перфоративном аппендиците

О	Г	при диффузном перитоните
В	008	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	пальцевое исследование прямой кишки
О	Б	ректороманоскопия
О	В	лапароскопия
О	Г	перкуссия и аускультация живота
В	009	РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЧИНАЕТСЯ:
О	А	со слизистой оболочки червеобразного отростка
О	Б	с серозного покрова червеобразного отростка
О	В	с терминального отдела подвздошной кишки
О	Г	с купола слепой кишки
В	010	ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	на подвздошной кишке
О	Б	на тощей кишке
О	В	на сигмовидной кишке
О	Г	на слепой кишке
В	011	ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОЙ ФОРМЫ АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
О	А	усиление болей в правой подвздошной области
О	Б	напряжение брюшной стенки справа
О	В	уменьшение болевых ощущений в правой подвздошной области
О	Г	наличие симптома Щеткина-Блюмберга
В	012	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	аппендикулярный инфильтрат
О	Б	беременность более 30 недель
О	В	инфаркт миокарда
О	Г	старческий возраст больного
В	013	ПРИ ТИПИЧНОЙ КАРТИНЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	косопеременный разрез в правой подвздошной области
О	Б	нижняя срединная лапаротомия
О	В	поперечный разрез в правой подвздошной области
О	Г	параректальный разрез
В	014	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:
О	А	резкая болезненность при ректальном исследовании
О	Б	симптом Щеткина-Блюмберга
О	В	симптом Ровзинга
О	Г	положительный симптом Воскресенского

В	015	БОЛИ В ЖИВОТЕ БЕЗ ЧЕТКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА:
О	А	у детей
О	Б	у беременных
О	В	у больных сахарным диабетом
О	Г	у больных пожилого и старческого возраста
В	016	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПЛОТНОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА НЕОБХОДИМО:
О	А	отграничить инфильтрат тампоном, аппендэктомию не производить
О	Б	удалить инфильтрат
О	В	дренировать полость инфильтрата силиконовой трубкой
О	Г	разрушить инфильтрат и выполнить аппендэктомию
В	017	СИМПТОМ КОХЕРА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО:
О	А	перемещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область
О	Б	иррадиация боли в правую надключичную область
О	В	иррадиация боли в промежность
О	Г	болезненность при перкуссии брюшной стенки справа
В	018	СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА УЧИТЫВАЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРИ ДИАГНОСТИКЕ:
О	А	ретроцекального аппендицита
О	Б	тазового аппендицита
О	В	подпеченочного аппендицита
О	Г	острого дивертикулита подвздошной кишки
В	019	ПИЛЕФЛЕБИТ – ЭТО:
О	А	восходящий гнойный эндофлебит воротной вены
О	Б	воспаление вен околопочечной клетчатки
О	В	тромбоз печеночных вен
О	Г	гнойный холангио-гепатит
В	020	ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	лейкоцитоз со «сдвигом» лейкоформулы влево
О	Б	лимфоцитоз
О	В	анемия
О	Г	лейкопения
В	021	НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА:
О	А	нисходящее
О	Б	латеральное
О	В	восходящее
О	Г	ретроцекальное

В	022	ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	появление дизурических расстройств
О	Б	повышение температуры тела
О	В	появление жидкого стула
О	Г	наличие признаков абсцедирования инфильтрата
В	023	КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, ПОМОГАЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОМ ЕГО РАСПОЛОЖЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	симптом Образцова
О	Б	симптом Щеткина-Блюмберга
О	В	симптом Воскресенского
О	Г	симптом Бартомье-Михельсона
В	024	НАИБОЛЕЕ ПОСТОЯННЫМ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	боль в животе
О	Б	рвота
О	В	повышение температуры тела
О	Г	расстройство стула
В	025	ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	апоневроз наружной косой мышцы живота
О	Б	наружная косая мышца живота
О	В	внутренняя косая мышца
О	Г	поперечная мышца
В	026	БЕДРЕННОЕ КОЛЬЦО СНАРУЖИ ОГРАНИЧЕНО:
О	А	бедренной веной
О	Б	паховой связкой
О	В	лимфоузлом Розенмюллера-Пирогова
О	Г	лакунарной связкой
В	027	МЕДИАЛЬНЕЕ ГЛУБОКОГО ПАХОВОГО КОЛЬЦА РАСПОЛОЖЕНЫ:
О	А	нижняя надчревная артерия
О	Б	наружная подвздошная артерия
О	В	бедренный нерв
О	Г	бедренная артерия
В	028	ДЛЯ ПАХОВОЙ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
О	А	опухолевидного образования ниже паховой связки
О	Б	наличия опухолевидного образования выше паховой связки
О	В	безболезненности при пальпации в области грыжи
О	Г	положительного симптома «кашлевого толчка»
В	029	КАКИЕ ГРЫЖИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У МУЖЧИН?
О	А	паховые

☐	Б	бедренные
☐	В	послеоперационные
☐	Г	грыжи белой линии живота
В	030	ГРЫЖА ЛИТТРЕ – ЭТО ГРЫЖА:
☐	А	содержащая в грыжевом мешке дивертикул Меккеля
☐	Б	скользящая мочевого пузыря
☐	В	содержащая в грыжевом мешке червеобразный отросток
☐	Г	содержащая в грыжевом мешке сигмовидную кишку
В	031	ПРИ МНИМОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ НЕОБХОДИМО:
☐	А	оперировать в срочном порядке
☐	Б	динамическое наблюдение
☐	В	произвести инъекции спазмолитиков
☐	Г	оперировать в плановом порядке
В	032	НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ПАХОВОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	паховая связка
☐	Б	нижний край косой мышцы живота
☐	В	жимбернатова связка
☐	Г	поперечная фасция
В	033	РИХТЕРОВСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ:
☐	А	пристеночное
☐	Б	сигмовидной кишки в скользящей грыже
☐	В	желудка в диафрагмальной грыже
☐	Г	червеобразного отростка
В	034	ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ У БОЛЬНОГО С ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО:
☐	А	экстренная оперативное вмешательство
☐	Б	наблюдение в течение 8-12 ч.
☐	В	введение спазмолитиков
☐	Г	оперативное вмешательство при возникновении признаков перитонита
В	035	НАЛИЧИЕ ЯИЧКА В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ:
☐	А	врожденной
☐	Б	скользящей
☐	В	комбинированной
☐	Г	ущемленной
В	036	ПРЯМУЮ ПАХОВУЮ ГРЫЖУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛАБОСТЬ СТЕНКИ:
☐	А	задней
☐	Б	верхней
☐	В	передней
☐	Г	нижней

В	037	МЕТОДОМ, ОБЛЕГЧАЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВКУ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ И ВОДЯНКИ ЯИЧКА, ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	трансиллюминация
О	Б	пальпация
О	В	пункция
О	Г	аускультация
В	038	ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ У СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	экстренная операция
О	Б	вправление грыжи
О	В	введение анальгетиков перед вправлением грыжи
О	Г	введение спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
В	039	ДЛЯ УЩЕМЛЕНИЯ ГРЫЖИ ЖИВОТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:
О	А	положительного симптома «кашлевого толчка»
О	Б	резких болей в области грыжи
О	В	признаков кишечной непроходимости
О	Г	невправимости грыжи
В	040	ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ВРОЖДЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ОБРАЗОВАН:
О	А	влагалищным отростком брюшины
О	Б	элементами семенного канатика
О	В	париетальной брюшиной
О	Г	поперечной фасцией
В	041	ПРИ СОЧЕТАНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПОКАЗАНО:
О	А	аденомэктомия, потом грыжесечение
О	Б	грыжесечение и аденомэктомия одновременно
О	В	грыжесечение, потом аденомэктомия
О	Г	консервативное лечение
В	042	К РЕДКИМ ФОРМАМ ГРЫЖ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
О	А	грыжи белой линии живота
О	Б	грыжи спигелиевой линии
О	В	грыжи мечевидного отростка
О	Г	грыжи запирающего канала
В	043	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости
О	Б	невправимость грыжевого содержимого
О	В	отсутствие грыжевого мешка
О	Г	проникновение между мышцами и апоневрозом
В	044	ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

О	А	появление перитонеальных признаков
О	Б	наличие грыжевого выпячивания
О	В	повышение температуры тела
О	Г	наличие дизурических расстройств
В	045	ЧАЩЕ ВСЕГО В ОБРАЗОВАНИИ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ УЧАСТВУЮТ:
О	А	слепая кишка и мочевого пузыря
О	Б	тощая и подвздошная кишка
О	В	жировые подвески ободочной кишки
О	Г	сигмовидная и нисходящая кишка
В	046	ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК НАД ГРЫЖЕВЫМ ВЫПЯЧИВАНИЕМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ УЩЕМЛЕНИЕ:
О	А	петли кишечника
О	Б	большого сальника
О	В	мочевого пузыря
О	Г	червеобразного отростка
В	047	ОТЛИЧИТЬ ПАХОВО-МОШОНОЧНУЮ ГРЫЖУ ОТ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОЗВОЛЯЕТ:
О	А	диафаноскопия
О	Б	осмотр
О	В	рентгеноскопия
О	Г	перкуссия
В	048	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПЛАСТИКА:
О	А	по Лексеру
О	Б	по Сапежко
О	В	по Мартынову
О	Г	по Мейо
В	049	ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ОПЕРАЦИЮ НАЧИНАЮТ:
О	А	со срединной лапаротомии
О	Б	с пункции грыжевого мешка
О	В	с выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
О	Г	с вскрытия флегмоны
В	050	ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРИВОДЯЩЕГО ОТДЕЛА УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ СЛЕДУЕТ ОТСТУПИТЬ ОТ ЗОНЫ НЕКРОЗА:
О	А	на 40-50 см
О	Б	на 25-30 см
О	В	на 10-20 см
О	Г	на 5-10 см
В	051	О ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ГОВОРИТ:
О	А	наличие перистальтики кишки
О	Б	отсутствие выпота в брюшной полости
О	В	отсутствие изменений в отводящей петле кишки

О	Г	гиперемия приводящей петли кишки
В	052	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ УЩЕМЛЯЕТСЯ:
О	А	тонкая кишка
О	Б	большой сальник
О	В	поперечно-ободочная кишка
О	Г	слепая кишка
В	053	РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ УЩЕМЛЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ВНУТРЕННИХ ГРЫЖАХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	схваткообразная боль в животе
О	Б	вздутие живота
О	В	диарея
О	Г	дегидратация
В	054	КАКУЮ ФОРМУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЫЗЫВАЕТ РЕТРОГРАДНОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ?
О	А	странгуляционную
О	Б	спастическую
О	В	инвагинационную
О	Г	паралитическую
В	055	ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПО ПОВОДУ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ОБНАРУЖЕНО, ЧТО ОДНОЙ ИЗ СТЕНОК ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ:
О	А	скользящей грыжи
О	Б	бедренной грыжи
О	В	прямой паховой грыжи
О	Г	косой паховой грыжи
В	056	ВЫКРАИВАНИЕ ЛОСКУТА ДЛЯ АУТОДЕРМАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖАХ ПРОИЗВОДИТСЯ:
О	А	вблизи операционного рубца
О	Б	на животе
О	В	на бедре
О	Г	на спине
В	057	ДЛЯ ЧЕГО БОЛЬНЫМ С ГРЫЖЕЙ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ОБСЛЕДОВАТЬ ЖЕЛУДОК?
О	А	для исключения опухоли желудка или язвенной болезни
О	Б	для определения характера органа в грыжевом мешке
О	В	для диагностики внутрибрюшной гипертензии
О	Г	для выявления размеров грыжевых ворот
В	058	ЧАСТИЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ ОСТАВШЕЙСЯ СЛИЗИСТОЙ ПОКАЗАНО ПРИ:
О	А	плотном паравезикальном инфильтрате

О	Б	гангренозном холецистите
О	В	паравезикальном абсцессе
О	Г	атипичном расположении желчных протоков
В	059	У КОГО ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ БЕДРЕННЫЕ ГРЫЖИ?
О	А	у женщин
О	Б	у пожилых людей
О	В	у мужчин
О	Г	у подростков
В	060	ПРИ КАКИХ ГРЫЖАХ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ЧАСТО БЫВАЕТ МНОГОКАМЕРНЫМ, С ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕГОРОДКАМИ И КАРМАНАМИ?
О	А	послеоперационных вентральных
О	Б	при паховых
О	В	пупочных
О	Г	бедренных
В	061	УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ:
О	А	дизурия, гематурия
О	Б	боли в области грыжевого выпячивания
О	В	задержка стула и газов
О	Г	тенезмы
В	062	КАКОЙ ИЗ ФАКТОРОВ ОПРЕДЕЛЯЕТ АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНО ВПРАВИВШЕЙСЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ?
О	А	наличие симптомов перитонита
О	Б	сроки с момента ущемления
О	В	характер сопутствующих заболеваний
О	Г	интенсивность болевого синдрома
В	063	ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ПОКАЗАНЫ:
О	А	экстренная операция
О	Б	обзорная рентгенография брюшной полости
О	В	наблюдение в динамике
О	Г	антибиотики и строгий постельный режим
В	064	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	ультразвуковое исследование
О	Б	пероральная холецистография
О	В	внутривенная холецистохолангиография
О	Г	обзорная рентгенография брюшной полости
В	065	ГЛАВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОН-

		НОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	пальпация болезненного дна желчного пузыря
О	Б	симптом Ортнера
О	В	выраженный болевой приступ в правом подреберье
О	Г	симптом Мейо-Робсона
В	066	СФИНКТЕР ЛЮТКЕНСА РАСПОЛОЖЕН:
О	А	в пузырном протоке
О	Б	в области шейки желчного пузыря
О	В	в общем желчном протоке
О	Г	в холедохе
В	067	СИМПТОМ МЕРФИ – ЭТО:
О	А	непроизвольная задержка дыхания при пальпации правого подреберья
О	Б	пальпируемое дно желчного пузыря
О	В	усиление болей при поколачивании по правой реберной дуге
О	Г	появление болей в левом реберно-позвоночном углу
В	068	ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	закрытие шейки или пузырного протока камнем
О	Б	стаз крови в сосудах желчного пузыря
О	В	деструкция стенки желчного пузыря
О	Г	развитие инфекции в желчном пузыре
В	069	О НАЛИЧИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ЭХОГРАММЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:
О	А	утолщение и расслоение стенки желчного пузыря
О	Б	наличие перетяжек в желчном пузыре
О	В	увеличение размеров желчных протоков
О	Г	дилатация внутрипеченочных желчных путей
В	070	ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ:
О	А	с болей в правом подреберье
О	Б	с тяжести в эпигастральной области
О	В	с повышения температуры
О	Г	с расстройства стула
В	071	ПРИСТУП ПЕЧЕНОЧНОЙ (ЖЕЛЧНОЙ) КОЛИКИ ВОЗНИКАЕТ:
О	А	внезапно, остро
О	Б	исподволь, постепенно
О	В	после длительного голодания
О	Г	после переохлаждения
В	072	ПРЕДЕЛЫ НОРМАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИЛИРУБИНА В КРОВИ:
О	А	8,5- 20,5 мкмоль/л
О	Б	3,6 - 6,7 мкмоль/л
О	В	7,6 - 12,8 мкмоль/л
О	Г	2,5 – 8,3 мкмоль/л

В	073	ВНУТРИВЕННАЯ ХОЛЕЦИСТОГРАФИЯ ПОКАЗАНА И ИНФОРМАТИВНА:
О	А	при стихшем приступе острого холецистита
О	Б	при наличии пальпируемого желчного пузыря
О	В	при холангите
О	Г	при желтухе
В	074	ШИРИНА ХОЛЕДОХА В НОРМЕ РАВНА:
О	А	0,6 – 0,8 см
О	Б	1,0 – 1,5 см
О	В	до 0,5 см
О	Г	1, 6 – 2,0 см
В	075	ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ:
О	А	вирусного гепатита в анамнезе
О	Б	наличие стеноза большого дуоденального соска
О	В	механической желтухи в анамнезе
О	Г	расширения холедоха
В	076	ДЛЯ ЖЕЛТУХИ НА ПОЧВЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА НЕ ХАРАКТЕРНО:
О	А	значительное повышение трансаминаз крови
О	Б	повышение щелочной фосфатазы
О	В	повышение прямого билирубина крови
О	Г	повышение уровня холестерина крови
В	078	С ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ КАМНЯ ИЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ХОЛЕДОХ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
О	А	эмпиема желчного пузыря
О	Б	печеночная колика
О	В	гнойный холангит
О	Г	желтуха
В	079	БОЛЬНОЙ С ЖЕЛТУХОЙ НА ФОНЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА НУЖДАЕТСЯ:
О	А	в срочной операции
О	Б	в экстренной операции
О	В	в консервативном лечении
О	Г	в плановой операции
В	080	ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
О	А	целиакография
О	Б	внутривенная холецистохолангиография
О	В	ЭРПХГ
О	Г	УЗИ
В	081	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НЕ ОТНОСЯТ:

О	А	варикозное расширение вен пищевода
О	Б	механическую желтуху
О	В	холангит
О	Г	подпеченочный абсцесс
В	082	СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ НЕ ХАРАКТЕРЕН:
О	А	для острого холецистита
О	Б	для рака головки поджелудочной железы
О	В	для опухоли большого дуоденального соска
О	Г	для индуративного панкреатита
В	083	КАМНЕОБРАЗОВАНИЮ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:
О	А	нарушения секреции поджелудочной железы
О	Б	застоя желчи в пузыре
О	В	воспалительных изменений в желчном пузыре
О	Г	дискинезии желчевыводящих путей
В	084	ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, НЕ ХАРАКТЕРНО:
О	А	резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
О	Б	повышение прямого билирубина крови
О	В	повышение уровня холестерина
О	Г	повышение щелочной фосфатазы
В	085	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ЖЕЛТУХИ И ПРИЧИНЫ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:
О	А	внутривенная холецистохолангиография
О	Б	чрескожная чреспеченочная холангиография
О	В	компьютерная томография
О	Г	ЭРПХГ
В	086	ДЛЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:
О	А	схваткообразные боли в животе
О	Б	лейкоцитоз
О	В	высокая температура тела
О	Г	желтуха
В	087	ПЕРЕМЕЖАЮЩАЯСЯ ЖЕЛТУХА ВЫЗЫВАЕТСЯ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО:
О	А	вентильным камнем холедоха
О	Б	вклиненным камнем терминального отдела холедоха
О	В	камнем пузырного протока
О	Г	опухолью холедоха
В	088	ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:
О	А	внутрибрюшного кровотечения
О	Б	механической желтухи
О	В	пузырно-дуоденального свища

О	Г	холангита
В	089	В СЛУЧАЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА:
О	А	при деструктивном холецистите
О	Б	при окклюзии пузырного протока
О	В	при холецистопанкреатите
О	Г	при механической желтухе
В	090	ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	холангит
О	Б	водянка желчного пузыря
О	В	острый деструктивный холецистит
О	Г	эмпиема желчного пузыря
В	091	МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	холецистэктомия
О	Б	микрохолецистостомия
О	В	дистанционная волновая литотрипсия
О	Г	растворение конкрементов литолитическими препаратами
В	092	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ?
О	А	холедохолитиаз
О	Б	рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
О	В	рак головки поджелудочной железы
О	Г	опухоли печени
В	093	КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ?
О	А	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
О	Б	внутривенная инфузионная холангиография
О	В	чрескожная чреспеченочная холангиография
О	Г	пероральная холецистохолангиография
В	094	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ ИНФОРМАТИВНОСТЬЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА?
О	А	УЗИ
О	Б	внутривенная холецистохолангиография
О	В	обзорный рентгеновский снимок брюшной полости
О	Г	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
В	095	ДЛЯ ХОЛАНГИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ:
О	А	желтуха, лихорадка, лейкоцитоз
О	Б	желтуха, лихорадка, анемия
О	В	анемия, лейкоцитоз, асцит

О	Г	асцит, анемия, лихорадка
В	096	ПРЕДЕЛЬНЫМ СРОКОМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЫСОКИХ ГУБОВИДНЫХ СВИЩАХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	три недели
О	Б	три месяца
О	В	полгода
О	Г	год
В	097	КАКОЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМЫ?
О	А	перфоративный холецистит с развитием перитонита
О	Б	внутрипеченочное расположение желчного пузыря
О	В	отсутствие конкрементов в желчном пузыре
О	Г	наличие эмпиемы желчного пузыря
В	098	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
О	А	конкремента в области шейки желчного пузыря
О	Б	увеличения головки поджелудочной железы
О	В	конкремента в проксимальной части холедоха
О	Г	стеноза дуоденального сосочка
В	099	ОСНОВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ВНЕБРЮШИННОГО СПОСОБА ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	частое рецидивирование после операции
О	Б	опасность инфицирования брюшной полости
О	В	образование послеоперационной грыжи
О	Г	сложность операции
В	100	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
О	А	конкремента в области шейки желчного пузыря
О	Б	увеличения головки поджелудочной железы
О	В	конкремента в проксимальной части холедоха
О	Г	стеноза дуоденального сосочка
В	101	ДЛЯ ВОДЯНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:
О	А	желтуха
О	Б	увеличение желчного пузыря
О	В	отключение желчного пузыря (рентгенологически)
О	Г	отсутствие перитонеальных симптомов
В	102	ПРИ РАНЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИРСУНГОВА ПРОТОКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:
О	А	ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
О	Б	резекция поджелудочной железы, спленэктомия
О	В	дренирование сальниковой сумки
О	Г	дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки,

		профилактика панкреатита
В	103	МЕТОДАМИ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
О	А	метода Бюлау
О	Б	метода Вишневого
О	В	метода Холстеда
О	Г	метода Кера
В	104	К СИМПТОМАМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
О	А	симптома Валя
О	Б	симптома Кера
О	В	симптома Грекова-Ортнера
О	Г	симптома Мюсси- Георгиевского
В	105	К ПРИЧИНАМ, ПРИВОДЯЩИМ К ГИПЕРТЕНЗИИ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
О	А	хронического гепатита
О	Б	парапалллярных дивертикулов
О	В	стеноза большого дуоденального соска
О	Г	холедохолитиаза
В	106	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О НЕОБХОДИМОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	наличие конкрементов в желчном пузыре
О	Б	длительность заболевания
О	В	наличие рецидивирующего панкреатита
О	Г	выраженность диспепсического синдрома
В	107	ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	распространенный перитонит
О	Б	эмпиема желчного пузыря
О	В	наличие признаков вторичного панкреатита
О	Г	наличие желтухи
В	108	ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛТУХИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ?
О	А	холедохолитиаз
О	Б	печеночная недостаточность
О	В	перфорация желчного пузыря
О	Г	вторичный панкреатит
В	109	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИМЕНЯЮТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ:
О	А	портогепатографии
О	Б	фистулохолеграфии

О	В	УЗИ
О	Г	РЭХПГ
В	110	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НЕ ПОКАЗАНО, ЕСЛИ ЕГО ПРИЧИНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	перихолеодохиальный лимфаденит
О	Б	стриктура гепатикохоледоха
О	В	резидуальный холедохолитиаз
О	Г	длинная культя пузырного протока
В	111	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ДИАМЕТР ПРОСВЕТА ХОЛЕДОХА:
О	А	как правило, увеличивается
О	Б	не изменяется
О	В	изменения диаметра холедоха неоднозначны
О	Г	увеличивается только при стенозе БДС
В	112	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	внутреннее дренирование холедоха
О	Б	панкреатодуоденальная резекция
О	В	наружное дренирование холедоха
О	Г	антрумэктомия с ваготомией
В	113	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРОЦЕНТ РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ:
О	А	11-20%
О	Б	41-50%
О	В	21-30%
О	Г	31-40%
В	114	ОСТАВЛЕННАЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ДЛИННАЯ КУЛЬТА ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА НЕ МОЖЕТ:
О	А	вести к развитию дуоденостаза
О	Б	быть местом воспалительного процесса
О	В	приводить к невриноме культи
О	Г	быть причиной образования камней
В	115	ПРИ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ РАССЕЧЕНИЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:
О	А	на 11 ч. по циферблату
О	Б	на 5 ч.
О	В	на 2 ч.
О	Г	на 9 ч.
В	116	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА?

☐	А	положительный симптом Хоманса
☐	Б	повышенная температура тела
☐	В	боли в правом подреберье
☐	Г	ознобы
В	117	МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПАРЕНХИМАТОЗНОЙ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
☐	А	гипергликемии
☐	Б	ахолии кала
☐	В	повышения уровня холестерина в крови
☐	Г	отсутствия уробилина в моче
В	118	НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ:
☐	А	эндоскопическая папиллосфинктеротомия
☐	Б	холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха
☐	В	экстракорпоральная литотрипсия
☐	Г	наложение билиодигестивного анастомоза
В	119	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	лихорадка
☐	Б	парез кишечника
☐	В	гемобилия
☐	Г	диарея
В	120	ДИАМЕТР ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:
☐	А	5-10 мм
☐	Б	11-15 мм
☐	В	21-25 мм
☐	Г	16-20 мм
В	121	В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НУЖДАЮТСЯ БОЛЬНЫЕ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, КОТОРЫЕ ИМЕЮТ:
☐	А	признаки органической билиарной гипертензии
☐	Б	признаки дуоденальной дискинезии
☐	В	функциональные и морфологические изменения печени
☐	Г	активный гастродуоденит
В	122	«ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННОГО БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
☐	Б	компьютерная томография
☐	В	УЗИ гепатодуоденальной зоны
☐	Г	релаксационная дуоденография
В	123	ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНО ЗАМЕТНОЕ ПОВЫШЕНИЕ В КРОВИ УРОВНЯ:

☐	А	холестерина
☐	Б	протромбина
☐	В	трансаминаз
☐	Г	фруктозобисфосфат-альдолазы
В	124	ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:
☐	А	сильная постоянная боль
☐	Б	схваткообразные боли
☐	В	ноющие боли
☐	Г	боли неопределенного характера
В	125	УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ ТЕСТ В ЭНЗИМНОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
☐	А	амилаза крови
☐	Б	аминотрансфераза
☐	В	трипсиноген
☐	Г	альдолаза
В	126	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ:
☐	А	УЗИ брюшной полости
☐	Б	рентгенография брюшной полости
☐	В	термография брюшной стенки
☐	Г	гастродуоденоскопия
В	127	МЕХАНИЗМ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ:
☐	А	подавление экзокринной функции железы
☐	Б	снижение ферментной токсемии
☐	В	уменьшение воспаления в железе
☐	Г	блокада блуждающего нерва
В	128	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ КОСВЕННЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ:
☐	А	отек и гиперемия задней стенки желудка
☐	Б	острые язвы в желудке
☐	В	утолщение складок желудка и 12-перстной кишки
☐	Г	кровоизлияния на передней стенке желудка
В	129	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА:
☐	А	бляшки стеатонекроза на брюшине
☐	Б	гиперемия брюшины
☐	В	отек большого сальника
☐	Г	наличие крови в брюшной полости
В	130	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

О	А	гнойные осложнения
О	Б	желтуха
О	В	кровотечение
О	Г	тромбоэмболия легочной артерии
В	131	ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ:
О	А	гнойные осложнения
О	Б	парапанкреатический инфильтрат
О	В	панкреатогенный ферментативный перитонит
О	Г	отек забрюшинной клетчатки
В	132	В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ:
О	А	аутоферментной агрессии
О	Б	плазмочитарной инфильтрации
О	В	микробной флоре
О	Г	микроциркуляторным нарушениям
В	133	ПОПЕРЕЧНАЯ БОЛЕВАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПРОЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА:
О	А	Керте
О	Б	Мейо-Робсона
О	В	Воскресенского
О	Г	Мондора
В	134	ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОЗВОЛЯЕТ:
О	А	оценить состояние большого дуоденального сосочка
О	Б	уточнить локализацию процесса в поджелудочной железе
О	В	определить распространенность поражения железы
О	Г	определить патологию панкреатического протока
В	135	БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИМПТОМА:
О	А	Мейо-Робсона
О	Б	Грюнвальда
О	В	Мондора
О	Г	Воскресенского
В	136	В КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКУЮ КЛАССИФИКАЦИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ; ЖИРОВОЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ СЛЕДУЕТ ДОБАВИТЬ:
О	А	геморрагический панкреатит
О	Б	калькулезный панкреатит
О	В	деструктивный панкреатит
О	Г	алкогольный панкреатит

В	137	ПЯТНА ЦИАНОЗА НА БОКОВЫХ СТЕНКАХ ЖИВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИМПТОМА:
О	А	Грея-Тернера
О	Б	Грюнвальда
О	В	Мейо-Робсона
О	Г	Воскресенского
В	138	РАЗВИТИЕ МЕТЕОРИЗМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ОБУСЛОВЛЕНО:
О	А	парезом кишечника
О	Б	сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы
О	В	ферментативной недостаточностью поджелудочной железы
О	Г	дефицитом панкреатических гормонов
В	139	НЕВОЗМОЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ В ЭПИГАСТРИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НОСИТ НАЗВАНИЕ СИМПТОМА:
О	А	Воскресенского
О	Б	Мондора
О	В	Куллена
О	Г	Мейо-Робсона
В	140	ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ СЕРОЗНОГО ВЫПОТА И БЛЯШЕК СТЕАТОНЕКРОЗА СООТВЕТСТВУЕТ:
О	А	жировому панкреонекрозу
О	Б	геморрагическому панкреонекрозу
О	В	отечному панкреатиту
О	Г	гнойному панкреатиту
В	141	ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	подавление секреторной функции поджелудочной железы
О	Б	инактивация панкреатических ферментов
О	В	назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта
О	Г	антибактериальная терапия
В	142	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОТЕЧНОГО ПАНКРЕАТИТА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОКАЗАНО:
О	А	дренирование сальниковой сумки
О	Б	ушивание раны без какого-либо хирургического пособия
О	В	дренирование панкреатического протока
О	Г	резекция поджелудочной железы
В	143	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	лапароскопия
О	Б	обзорная рентгеноскопия брюшной полости
О	В	гастродуоденоскопия

О	Г	определение амилазы крови и мочи
В	144	ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ НЕ ПОКАЗАНА:
О	А	экстренная лапаротомия
О	Б	применение цитостатиков
О	В	лапароскопическое дренирование брюшной полости
О	Г	использование спазмолитиков, антацидных препаратов
В	145	ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЖИРОВОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПОКАЗАНА:
О	А	экстренная операция
О	Б	консервативная терапия и по стихании острых явлений – операция
О	В	лапароскопическое дренирование сальниковой сумки
О	Г	срочная холецистостомия под контролем УЗИ
В	146	ВЫЯВЛЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВЫПОТА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ОЧАГОВ ЖИРОВОГО НЕКРОЗА НА БРЮШИНЕ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ:
О	А	об остром панкреатите
О	Б	о повреждении полого органа
О	В	о мезентериальном тромбозе
О	Г	о разрыве печени
В	147	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	боли в верхней половине живота
О	Б	тошнота и рвота
О	В	гипертермия
О	Г	желтуха
В	148	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	УЗИ
О	Б	лапароскопия
О	В	ЭРПХГ
О	Г	исследование пассажа бария по кишечнику
В	149	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	отечный панкреатит
О	Б	панкреонекроз с ферментативным перитонитом
О	В	геморрагический панкреатит
О	Г	жировой панкреонекроз
В	150	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ:
О	А	опоясывающие
О	Б	«кинжальные»
О	В	ноющие

О	Г	тупые
В	151	БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НАЗНАЧАЕТСЯ:
О	А	голод
О	Б	стол 5-а
О	В	стол 1
О	Г	стол 9
В	152	В ПЕРВЫЕ ДНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:
О	А	ЭРПХГ
О	Б	УЗИ
О	В	рентгеноскопии брюшной полости
О	Г	гастроскопии
В	153	ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	псевдокисты поджелудочной железы
О	Б	склероз поджелудочной железы
О	В	калькулез поджелудочной железы
О	Г	ферментативный холецистит
В	154	НОРМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ГЛАВНОГО ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ:
О	А	0,3 см
О	Б	0,1 см
О	В	1,0 см
О	Г	0,5 см
В	155	КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
О	А	гиперферментемия
О	Б	электролитный дисбаланс
О	В	гиповолемия
О	Г	гипопротеинемия
В	156	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ЛОЖНОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	острый деструктивный панкреатит
О	Б	сахарный диабет
О	В	рак поджелудочной железы
О	Г	травма поджелудочной железы
В	157	В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ, КРОМЕ:
О	А	гипогликемии
О	Б	притупления в отлогах местах при перкуссии живота
О	В	повышения температуры тела

О	Г	отсутствия кишечной перистальтики
В	158	ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫМ:
О	А	морфина
О	Б	цитостатиков
О	В	аминокапроновой кислоты
О	Г	антикоагулянтов
В	159	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ОБРАЗОВАНИЯ ЛОЖНОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
О	А	острый деструктивный панкреатит
О	Б	хронический кальцифицирующий панкреатит
О	В	хронический рецидивирующий панкреатит
О	Г	травма поджелудочной железы
В	160	ПРИ СФОРМИРОВАВШЕЙСЯ ЛОЖНОЙ КИСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	еюноцистостомия
О	Б	панкреатодуоденальная резекция
О	В	наружное дренирование кисты
О	Г	марсупиализация
В	161	НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО:
О	А	при нагноении кисты
О	Б	при малигнизации
О	В	при кровотечении в просвет кисты
О	Г	при механической желтухе
В	162	ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА:
О	А	чаще применяется хирургическое лечение, чем при дуоденальной язве
О	Б	повышена моторная функция желудка в межпищеварительный период
О	В	меньше, чем при дуоденальной язве, выражен гастрит
О	Г	более редкое, чем при дуоденальной язве, перерождение в рак
В	163	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ ЯЗВЫ, ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	локальная ишемия слизистой оболочки
О	Б	гормональные сдвиги в организме
О	В	увеличение продукции желчи
О	Г	уменьшение желудочной секреции
В	164	ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	резекция желудка по Ру
О	Б	резекция желудка по Бильрот-1

О	В	селективная проксимальная ваготомия
О	Г	резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру
В	165	ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СТАВЯТСЯ:
О	А	при компенсированном стенозе привратника
О	Б	рецидиве язвенного кровотечения после эндоскопической остановки
О	В	при злокачественном перерождении язвы
О	Г	при низких дуоденальных язвах
В	166	ПЛАНИРУЯ ОПЕРАЦИЮ ПО ПОВОДУ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, НЕОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ:
О	А	реовазографию желудка
О	Б	эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ
О	В	изучение функционального состояния 12-перстной кишки
О	Г	исследование желудочной секреции
В	167	ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	селективная проксимальная ваготомия
О	Б	антрумэктомия в сочетании с селективной ваготомией
О	В	дуоденопластика
О	Г	стволовая ваготомия с пилоропластикой
В	168	ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ НАИБОЛЕЕ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ:
О	А	экономной резекции желудка с ваготомией
О	Б	пилоропластики по Гейнеке-Микуличу
О	В	селективной ваготомии с гастроэнтероанастомозом
О	Г	селективной проксимальной ваготомии
В	169	НАИЛУЧШИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ НИЗКИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ С ПРИЗНАКАМИ СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПОЛУЧЕНЫ:
О	А	при комбинации СПВ с дуоденопластикой
О	Б	при гастродуоденостомии по Джабулею
О	В	при пилоропластике по Гейнеке-Микуличу
О	Г	при экономной резекции желудка с селективной ваготомией
В	170	НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ СЧИТАЕТСЯ:
О	А	метод Бильрот-1
О	Б	метод Бильрот-2 в модификации Ру
О	В	метод Гофмейстера-Финстерера
О	Г	метод Райхель-Полиа
В	171	ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОГО ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО:
О	А	голодные боли в эпигастральной области

О	Б	тяжелое состояние больных, обезвоженность
О	В	обильная ежедневная рвота
О	Г	постоянные отрыжки с неприятным запахом
В	172	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ЦИФРЫ КИСЛОТНОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ЯЗВЕ:
О	А	пилорического канала
О	Б	кардиального отдела желудка
О	В	антрального отдела
О	Г	дна желудка
В	173	ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА И НЕВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ПОКАЗАНО:
О	А	резекция желудка с кровоточащей язвой
О	Б	клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой
О	В	прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и ваготомией
О	Г	иссечение язвы с гастроэнтеростомией
В	174	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	лапароскопия
О	Б	обзорная рентгенография брюшной полости
О	В	эзофагогастродуоденоскопия
О	Г	УЗИ
В	175	ВАГОТОМИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ:
О	А	дуоденальных язв
О	Б	язв на большой кривизне желудка
О	В	субкардиальных язв
О	Г	острых язв любой этиологии
В	176	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДУОДЕНАЛЬНУЮ ЯЗВУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ:
О	А	эзофагогастродуоденоскопию
О	Б	исследование желудочной секреции
О	В	обзорную рентгеноскопию органов брюшной полости
О	Г	УЗИ гепатодуоденальной зоны
В	177	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	перфорация
О	Б	кровотечение
О	В	стенозирование привратника
О	Г	пенетрация
В	178	ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	наличие свободного газа в брюшной полости
О	Б	высокое стояние диафрагмы

О	В	пневматизация кишечника
О	Г	увеличенный газовый пузырь желудка
В	179	КРАЙНЕ РЕДКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	малигнизация
О	Б	перфорация
О	В	рубцовая деформация кишки
О	Г	пенетрация
В	180	ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ХАРАКТЕРНО:
О	А	внезапное начало с резких болей в эпигастрии
О	Б	быстро нарастающая слабость, головокружение
О	В	схваткообразные резкие боли
О	Г	обильная многократная рвота
В	181	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАТИВНУЮ ЯЗВУ ЖЕЛУДКА ПЕРВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ:
О	А	обзорная рентгенография брюшной полости
О	Б	рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
О	В	лапароскопия
О	Г	экстренная эзофагогастродуоденоскопия
В	182	ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ «МЕЛЕНЫ» ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:
О	А	кровотечения
О	Б	пилорoduodenального стеноза
О	В	пенетрации в поджелудочную железу
О	Г	перфорации язвы
В	183	СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА – ЭТО:
О	А	трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением
О	Б	варикозное расширение вен пищевода и кардии с кровотечением
О	В	геморрагический эрозивный гастродуоденит
О	Г	кровотечение из слизистой желудка на почве ангиоматоза
В	184	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	кровотечение
О	Б	развитие стеноза привратника
О	В	перфорация
О	Г	малигнизация язвы
В	185	КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДОПУСТИМА:
О	А	при отсутствии условий для выполнения экстренной операции
О	Б	при отсутствии у больного язвенного анамнеза
О	В	при старческом возрасте больных
О	Г	при крайне высокой степени операционного риска

В	186	ВЫНУЖДЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПРИВЕДЕННЫМИ К ЖИВОТУ НОГАМИ И ДОСКООБРАЗНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ МЫШЦ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО:
О	А	для прободной язвы
О	Б	для мезентериального тромбоза
О	В	для заворота кишок
О	Г	для геморрагического панкреонекроза
В	187	ПРИ ОПЕРАЦИИ В ПЕРВЫЕ 2-3 ЧАСА ПОСЛЕ ПРОБОДЕНИЯ КАЛЛЕЗНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	классическая резекция 2/3 желудка
О	Б	антрумэктомия с ваготомией
О	В	стволовая ваготомия с пилоропластикой
О	Г	ушивание прободной язвы
В	188	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ СУБКОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой
О	Б	резекция желудка
О	В	стволовая ваготомия с пилоропластикой
О	Г	гастроэнтеростомия
В	189	ПРИ УГРОЗЕ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
О	А	срочная операция
О	Б	экстренное оперативное вмешательство
О	В	операция при рецидиве кровотечения
О	Г	оперативное лечение в плановом порядке
В	190	ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	ушивание перфоративного отверстия
О	Б	классическая резекция желудка
О	В	селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой
О	Г	пилоропластика со стволовой ваготомией
В	191	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	доскообразное напряжение мышц живота
О	Б	рвота
О	В	мелена
О	Г	жидкий стул
В	192	КАКОЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ЯЗВЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА?
О	А	метаболический алкалоз
О	Б	дыхательный ацидоз

О	В	метаболический ацидоз
О	Г	дыхательный алкалоз
В	193	НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЫ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	кровотечение
О	Б	перфорация
О	В	забрюшинная флегмона
О	Г	стеноз
В	194	ДЛЯ СТЕНОЗА ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНЫ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:
О	А	рентгенологически определяемых «чаш Клойбера»
О	Б	шума плеска над проекцией желудка
О	В	похудания
О	Г	рвоты накануне съеденной пищей
В	195	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	слабость, головокружение, сердцебиение после приема пищи
О	Б	боли в эпигастрии после еды, потеря в весе
О	В	тошнота, понос вскоре после приема пищи
О	Г	рвота съеденной пищей
В	196	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ:
О	А	рвота желчью
О	Б	изжога
О	В	общая слабость, потеря в весе
О	Г	рвота съеденной пищей
В	197	ОПРЕДЕЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ:
О	А	длительная задержка контраста в приводящей петле анастомоза
О	Б	длительная задержка контраста в желудке
О	В	ускоренное опорожнение желудка
О	Г	желудочно-пищеводный рефлюкс
В	198	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ:
О	А	эндоскопический
О	Б	определение гастрина в крови
О	В	рентгенологический
О	Г	исследование желудочной секреции
В	199	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	клинический
О	Б	эндоскопический

☐	В	рентгенологический
☐	Г	исследование объема циркулирующей крови
В	200	ДЕМПИНГ-СИНДРОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО В СВЯЗИ С:
☐	А	разрушением привратника
☐	Б	снижением экзокринной функции поджелудочной железы
☐	В	удалением антрального отдела желудка
☐	Г	денервацией желудка
В	201	ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ БОЛЬНОГО К ДЕМПИНГ-СИНДРОМУ МОЖНО ВЫЯВИТЬ С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕЙ ПРОБЫ:
☐	А	интраюнального введения 150 мл 50% р-ра глюкозы
☐	Б	нейровегетативной ортостатической пробы
☐	В	внутривенного введения 20 мл 40% р-ра глюкозы
☐	Г	пищевой нагрузки
В	202	ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОСЛЕ:
☐	А	селективной проксимальной ваготомии
☐	Б	резекции желудка по Бильрот -1
☐	В	стволовой ваготомии с пилоропластикой
☐	Г	селективной ваготомии с антрумэктомией
В	203	СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОСЛЕ РЕ- ЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА:
☐	А	по Ру
☐	Б	по Гофмейстеру-Финстереру
☐	В	по Вильмсу-Спасокукоцкому
☐	Г	по Райхелю-Полиа
В	204	ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА ЧАЩЕ НАБЛЮДА- ЮТСЯ:
☐	А	после резекции желудка по Бильрот-2
☐	Б	резекции желудка по Бильрот-1
☐	В	стволовой ваготомии с пилоропластикой
☐	Г	селективной ваготомии с антрумэктомией
В	205	СЛАБОСТЬ, ТАХИКАРДИЯ, ПОТЛИВОСТЬ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУД- КА – ЭТО ПРИЗНАК:
☐	А	демпинг-синдрома
☐	Б	синдрома приводящей петли
☐	В	гастрономы поджелудочной железы
☐	Г	синдрома малого желудка
В	206	ЭКОНОМНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧАСТО ПРИВОДИТ:
☐	А	к пептической язве анастомоза
☐	Б	к демпинг-синдрому
☐	В	к рефлюкс-гастриту
☐	Г	к синдрому приводящей петли

В	207	ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГАСТРИНА В КРОВИ НЕОБХОДИМО В ДИАГНОСТИКЕ:
О	А	синдрома Золлингера-Эллисона
О	Б	гипогликемического синдрома
О	В	демпинг-синдрома
О	Г	синдрома приводящей петли
В	208	ПРИ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТЕ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:
О	А	метоклопрамида
О	Б	спазмолитиков
О	В	H ₂ – блокаторов
О	Г	ганглиоблокаторов
В	209	ОПЕРАЦИЯ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ ПОКАЗАНА ПРИ:
О	А	рефлюкс-эзофагите
О	Б	синдроме приводящей петли
О	В	рефлюкс-гастрите
О	Г	пептической язве анастомоза
В	210	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-2 ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	реконструкция гастроэнтероанастомоза в гастродуоденоанастомоз
О	Б	субтотальная резекция желудка
О	В	дуоденоюностомия
О	Г	стволовая ваготомия
В	211	ПОСЛЕ СТВОЛОВОЙ ВАГОТОМИИ С ПИЛОРОПЛАСТИКОЙ НЕ БЫВАЕТ:
О	А	синдрома приводящей петли
О	Б	демпинг-синдрома
О	В	дуодено-гастрального рефлюкса
О	Г	рецидива язвы
В	212	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	острый аппендицит
О	Б	прободная язва
О	В	ущемленная грыжа
О	Г	сальпингит
В	213	ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ БРЮШИНЫ ПРОИСХОДИТ:
О	А	гематогенным путем
О	Б	при перфорации червеобразного отростка
О	В	при перфорации язвы желудка
О	Г	при ранении кишечника

В	214	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	напряжение мышц передней брюшной стенки
О	Б	боли в животе
О	В	вздутие живота
О	Г	рвота
В	215	ЛУЧШИМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	пункционное дренирование гнояника под контролем УЗИ
О	Б	внебрюшинное вскрытие и дренирование абсцесса
О	В	лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости гнояника
О	Г	двухмоментное чресплевральное вскрытие абсцесса
В	216	ПРИ АБСЦЕССЕ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОКАЗАНО:
О	А	вскрытие и дренирование гнояника через прямую кишку
О	Б	пункция абсцесса через брюшную стенку
О	В	вскрытие гнояника через брюшную стенку
О	Г	лечение пункциями под контролем УЗИ
В	217	СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНЯТЬ:
О	А	при разлитом перитоните
О	Б	при аппендикулярном инфильтрате
О	В	при поддиафрагмальном абсцессе
О	Г	при местном перитоните
В	218	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК АНАЭРОБНОГО ПЕРИТОНИТА:
О	А	резкий неприятный запах экссудата
О	Б	бурый цвет экссудата
О	В	сливкообразный вид экссудата
О	Г	обширные фибриновые наложения на брюшине
В	219	ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ В КЛАССИФИКАЦИИ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	распространенность гнойно-воспалительного процесса
О	Б	этиологический фактор
О	В	характер клинического течения
О	Г	характер экссудата
В	220	ВЕДУЩЕЕ ЗВЕНО В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ:
О	А	массивный протеолиз с образованием среднемолекулярных токсинов
О	Б	бактериemia
О	В	нарушения кислотно-основного состояния
О	Г	гемодинамические расстройства
В	221	ДИАГНОЗ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА ДО ОПЕРАЦИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ:

О	А	по клиническим признакам
О	Б	по результатам лабораторных исследований
О	В	рентгенологически
О	Г	по данным УЗИ
В	222	ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	средне-срединная лапаротомия
О	Б	лапаротомия косопопеременным доступом
О	В	лапаротомия поперечным доступом
О	Г	параректальная лапаротомия
В	223	НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СПОСОБОМ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗЛИТОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	назоинтестинальная интубация
О	Б	интубация через гастростому
О	В	интубация через аппендикостому
О	Г	интубация через илеостому
В	224	ПРИ БЕЗУСПЕШНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИНОЗНО-ЯЗВЕННОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ:
О	А	эзофагофундопликация
О	Б	эзофагофундопексия
О	В	селективная проксимальная ваготомия
О	Г	стволовая ваготомия
В	225	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ (КАРДИО-СПАЗМА) ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	кардиодилатация
О	Б	фундопликация по Ниссену
О	В	кардиоластика по Геллеру
О	Г	резекция кардии
В	226	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	контрастное рентгеновское исследование пищевода
О	Б	компьютерная томография
О	В	эзофагоскопия
О	Г	УЗИ
В	227	ПРИ РАКЕ СРЕДНЕГРУДИННОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	дисфагия
О	Б	боль за грудиной
О	В	слюнотечение
О	Г	кашель, одышка
В	228	ЦЕНКЕРОВСКИЙ ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	в глоточно-пищеводном переходе

О	Б	над диафрагмой
О	В	в верхней трети пищевода
О	Г	над кардией
В	229	НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	дисфагия
О	Б	боль за грудиной и в спине
О	В	срыгивание застойным содержимым
О	Г	похудание
В	230	У БОЛЬНЫХ С ИЗВИТЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ БУЖИРОВАНИЮ:
О	А	«без конца» - через гастростому
О	Б	«слепому» через рот
О	В	рентгеноконтрастными бужами по проводнику
О	Г	под контролем эзофагоскопа
В	231	КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА?
О	А	энуклеация опухоли пищевода
О	Б	резекция сегмента пищевода
О	В	экстирпация пищевода
О	Г	лучевая терапия
В	232	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ?
О	А	срыгивание во время еды
О	Б	пищеводные кровотечения
О	В	анорексия
О	Г	обильная рвота желудочным содержимым
В	233	КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРИ СТОЙКОМ И ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ?
О	А	кардиодилатацию
О	Б	бужирование пищевода
О	В	эндопротезирование пищевода
О	Г	гипносуггестивный
В	234	БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ОСТРОГО ОЖОГА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:
О	А	на 8-9 сутки
О	Б	в первые часы
О	В	на 1-2 сутки
О	Г	через месяц
В	235	ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПИЩЕВОДА ПОКАЗАНА:
О	А	дивертикулэктомия

☐	Б	операция Добромыслова-Торека
☐	В	резекция сегмента пищевода
☐	Г	резекция нижней трети пищевода и кардии
В	236	ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ПОКАЗАНО:
☐	А	удаление дивертикула с миоезофаготомией
☐	Б	эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода
☐	В	резекция сегмента пищевода
☐	Г	гастростомия
В	237	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА:
☐	А	дивертикулит
☐	Б	стриктура пищевода
☐	В	озлокачествление
☐	Г	кровотечение
В	238	СИНДРОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА – ЭТО:
☐	А	трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка
☐	Б	наличие «целующихся язв» 12-перстной кишки
☐	В	пенетрирующая в печень язва желудка
☐	Г	стойкий спазм кардиального сфинктера
В	239	К СИМПТОМАМ РАННЕГО РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:
☐	А	дисфагию
☐	Б	усиленное слюноотделение
☐	В	боль за грудиной и в спине
☐	Г	кашель при приеме пищи
В	240	КАКОЙ ИЗ МЕТОДОВ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ?
☐	А	ортоградное бужирование по струне рентгеноконтрастными бужами
☐	Б	ортоградное бужирование вслепую
☐	В	ретроградное бужирование за нитку
☐	Г	ортоградное бужирование по нитке-направителю
В	241	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ ПИЩЕВОДА:
☐	А	гиперсаливация, отрыжка тухлым
☐	Б	боль за грудиной
☐	В	рвота
☐	Г	дисфагия
В	242	ОПЕРАЦИЯ ДОБРОМЫСЛОВА-ТОРЕКА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА – ЭТО:
☐	А	экстирпация пищевода с образованием гастро - и эзофагостомы
☐	Б	резекция пищевода с сегментарной эзофагопластикой
☐	В	антеторакальная тонкокишечная эзофагопластика
☐	Г	ретростернальная толстокишечная эзофагопластика
В	243	ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ

		ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЮТ:
О	А	зонд Блекмора
О	Б	катетер Фолея
О	В	катетер Фогарти
О	Г	зонд Бебкокка
В	244	РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С НАЛОЖЕНИЕМ ЭЗОФАГОГASTРОАНА-СТОМОЗА НОСИТ НАЗВАНИЕ:
О	А	операции Льюиса
О	Б	операции Петерсона
О	В	операции Добромыслова-Торека
О	Г	операции Кохера
В	245	ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА УРОВНЕ:
О	А	верхнегрудного отдела
О	Б	шейного отдела
О	В	нижнегрудного отдела
О	Г	среднегрудного отдела
В	246	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХО-ЛЬЮ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	лейомиома
О	Б	папиллома
О	В	невринома
О	Г	липома
В	247	ПОЗДНЕЕ БУЖИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПО ПОВОДУ ОЖГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПРОВОДИТСЯ БОЛЬНОМУ:
О	А	через 7-8 недель
О	Б	через 2-4 недели после перенесенного ожога
О	В	спустя полгода и более
О	Г	через 5-6 недель
В	248	ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПО-РАЖАЕТСЯ КИШКА:
О	А	сигмовидная
О	Б	восходящая
О	В	поперечная ободочная
О	Г	слепая
В	249	ДИВЕРТИКУЛЕЗ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ:
О	А	в ободочной кишке
О	Б	в подвздошной кишке
О	В	в пищеводе
О	Г	в 12-перстной кишке
В	250	ЧАЩЕ ВСЕГО ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:
О	А	в сигмовидной кишке

☐	Б	в восходящей кишке
☐	В	в поперечной ободочной кишке
☐	Г	в слепой кишке
В	251	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	колоноскопия
☐	Б	УЗИ
☐	В	рентгенологическое исследование с пероральным введением бария
☐	Г	ирригоскопия
В	252	К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ:
☐	А	диффузный семейный полипоз
☐	Б	ювенильные полипы
☐	В	одиночный полип ободочной кишки
☐	Г	терминальный илеит
В	253	НАИБОЛЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МАЛИГНИЗАЦИИ ИМЕЮТ ПОЛИПЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ:
☐	А	ворсинчатые
☐	Б	гиперпластические
☐	В	множественные аденоматозные
☐	Г	аденоматозные
В	254	ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:
☐	А	введение контрастной взвеси через клизму
☐	Б	исследование пассажа контрастного вещества по кишечнику
☐	В	обзорная рентгенография брюшной полости
☐	Г	селективная ангиография
В	255	В КАКОМ ВОЗРАСТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ?
☐	А	пожилом и старческом
☐	Б	детском
☐	В	зрелом
☐	Г	юношеском
В	256	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	ирригоскопия
☐	Б	ректороманоскопия
☐	В	колоноскопия
☐	Г	лапароскопия
В	257	ВЕДУЩИМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
☐	А	хроническая толстокишечная гипертензия
☐	Б	нарушение обмена веществ

О	В	повышение внутрибрюшного давления
О	Г	кахексия
В	258	ОСНОВНОЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ:
О	А	субтотальная колэктомия
О	Б	иссечение полипов
О	В	эндоскопическая полипэктомия
О	Г	резекция сигмовидной кишки
В	259	ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	аденокарцинома
О	Б	скирр
О	В	плоскоклеточный рак
О	Г	медуллярный рак
В	260	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	задняя стенка анального канала
О	Б	правая стенка анального канала
О	В	передняя стенка анального канала
О	Г	левая стенка анального канала
В	261	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
О	А	аноскопию
О	Б	ректороманоскопию
О	В	колоноскопию
О	Г	ирригоскопию
В	262	ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	хроническая трещина
О	Б	частая примесь крови в кале
О	В	наличие проктита
О	Г	сильные боли во время акта дефекации
В	263	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ:
О	А	иссечение трещины с боковой сфинктеротомией
О	Б	пресакральные новокаиновые блокады
О	В	пальцевое растяжение сфинктера прямой кишки
О	Г	физиотерапевтическое лечение
В	264	ВЕДУЩИЙ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ОСТРОГО ГЕМОРОЯ:
О	А	тромбоз геморроидальных узлов
О	Б	кровотечение
О	В	выпадение геморроидальных узлов

О	Г	некроз слизистой анального канала
В	265	ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ГЕМОРРОЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	гиперплазия кавернозных телец прямой кишки
О	Б	флебит геморроидальных вен
О	В	варикозное расширение вен прямой кишки
О	Г	криптит
В	266	ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ГЕМОРРОЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	ректальные кровотечения
О	Б	схваткообразные боли в животе
О	В	недержание кала и газов
О	Г	тенезмы
В	267	ВЕДУЩИЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА:
О	А	инфицирование анальных желез
О	Б	микротравма слизистой прямой кишки
О	В	проктосигмоидит
О	Г	запоры
В	268	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРАПРОКТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	хирургическое лечение
О	Б	склерозирующая терапия
О	В	пункционная санация абсцесса
О	Г	общая антибактериальная терапия
В	269	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:
О	А	острого парапроктита
О	Б	хронических запоров
О	В	операций на промежности и прямой кишке
О	Г	травм прямой кишки
В	270	ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ОБЫЧНО:
О	А	в анальном канале
О	Б	в нижнеампулярном отделе прямой кишки
О	В	в верхнеампулярном отделе
О	Г	в среднеампулярном отделе
В	271	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ФОРМА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА:
О	А	подкожный парапроктит
О	Б	ишиоректальный
О	В	ретроректальный
О	Г	пельвиоректальный
В	272	В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОК-

		ТИТА ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:
О	А	фистулография
О	Б	пальцевое исследование
О	В	ректороманоскопия
О	Г	ирригоскопия
В	273	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫ В ОТНОШЕНИИ МАЛИГНИЗАЦИИ:
О	А	полипы прямой кишки
О	Б	анальные трещины
О	В	геморрой
О	Г	свищи прямой кишки
В	274	НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ И ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:
О	А	кровотечения
О	Б	боли в заднем проходе при дефекации
О	В	запоры
О	Г	тенезмы
В	275	ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	аденокарциномой
О	Б	плоскоклеточным раком
О	В	солидным раком
О	Г	аденомой
В	276	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:
О	А	среднеампулярная
О	Б	нижнеампулярная
О	В	анальная
О	Г	ректосигмоидная
В	277	КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕЛАЮТ СОМНИТЕЛЬНОЙ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОИЗВЕСТИ РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ?
О	А	наличие асцита
О	Б	явления хронической толстокишечной непроходимости
О	В	повторные ректальные кровотечения
О	Г	увеличение паховых лимфоузлов
В	278	ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ ПО МИЛЛИГАНУ-МОРГАНУ ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
О	А	иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 ч. по циферблату
О	Б	иссечение слизистой анального канала
О	В	иссечение геморроидальных узлов и сфинктеротомию
О	Г	лигирование узлов латексными кольцами

В	279	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	ультразвуковая доплерография
О	Б	реовазография
О	В	объемная сфигмография
О	Г	осциллография
В	280	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ:
О	А	перемежающаяся хромота
О	Б	судороги икроножных мышц
О	В	онемение нижних конечностей
О	Г	атрофия мышц голени и стопы
В	281	РАЗВИТИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СПОСОБСТВУЮТ:
О	А	курение
О	Б	злоупотребление алкоголем
О	В	повышенные физические нагрузки
О	Г	гиподинамия
В	282	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЕ АНЕВРИЗМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО РАСПОЛАГАЮТСЯ:
О	А	в дистальной части брюшной аорты
О	Б	в плечевой артерии
О	В	в бедренной артерии
О	Г	в подвздошной артерии
В	283	ПРИ II-A СТАДИИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬ В ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦАХ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ХОДЬБЕ:
О	А	через 200-250 м
О	Б	через 1 км
О	В	через 25-50 м
О	Г	через 100-150 м
В	284	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	облитерирующий атеросклероз
О	Б	облитерирующий тромбангиит
О	В	неспецифический аortoартериит
О	Г	экстравазальная компрессия артерий
В	285	СИНДРОМ ЛЕРИША – ЭТО:
О	А	окклюзия бифуркации брюшной аорты
О	Б	окклюзия нижней полой вены
О	В	расслаивающая аневризма брюшной аорты
О	Г	мигрирующий тромбангиит

В	286	ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КОНЕЧНОСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	степень ишемии конечности
О	Б	состояние коллатералей
О	В	локализация тромбоза или эмболии
О	Г	тяжесть общего состояния больного
В	287	ДИАГНОЗ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НАИБОЛЕЕ ТОЧНО МОЖНО ПОСТАВИТЬ С ПОМОЩЬЮ:
О	А	аортоартериографии
О	Б	осциллографии
О	В	капилляроскопии
О	Г	реовазографии
В	288	ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:
О	А	у мужчин старше 40 лет
О	Б	у женщин старше 50 лет
О	В	у лиц с ожирением
О	Г	у стариков
В	289	ПРИ 3-Й СТАДИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ БОЛЬ В ИКРОНОЖНЫХ МЫШЦАХ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ХОДЬБЕ ПОСЛЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ РАССТОЯНИЯ:
О	А	25-50 м
О	Б	100-150 м
О	В	500-1000 м
О	Г	200-250 м
В	290	ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:
О	А	большеберцовые артерии
О	Б	подколенная артерия
О	В	подвздошные артерии
О	Г	бедренная артерия
В	291	ПРИ ЭМБОЛИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ И ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ II-Б СТЕПЕНИ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БУДЕТ:
О	А	экстренная эмболектomia
О	Б	региональная тромболитическая терапия
О	В	бедренно-подколенное шунтирование
О	Г	симптоматическая терапия
В	292	ПОЯВЛЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ДАЖЕ ГАНГРЕНЫ ПАЛЬЦЕВ СТОП ПРИ СОХРАНЕННОЙ ПУЛЬСАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ВОЗМОЖНО:
О	А	при диабетической ангиопатии

О	Б	при аорто-артериите
О	В	при фиброзно-мышечной дисплазии
О	Г	при облитерирующем атеросклерозе
В	293	ПРИ ЭМБОЛИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТИ НЕОБРАТИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТКАНЯХ НАСТУПАЮТ:
О	А	через 8-12 ч.
О	Б	через 1-2 ч.
О	В	через 36-48 ч.
О	Г	через 3-6 ч.
В	294	ДЛЯ ТРОМБО - И ЭМБОЛЭКТОМИИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТ:
О	А	катетер Фогарти
О	Б	зонд Долиотти
О	В	петлю Дормиа
О	Г	зонд Блэкмора
В	295	ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПРОХОДИМОСТИ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ДАЕТ ПРОБА:
О	А	Дельбе-Пертеса
О	Б	Тальмана
О	В	Гаккенбруха-Сикара
О	Г	Майерса
В	296	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	ультразвуковая доплерография
О	Б	кожная термометрия
О	В	реография
О	Г	венотонометрия
В	297	ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ:
О	А	21-49 лет
О	Б	70 лет и старше
О	В	50-59 лет
О	Г	60-69 лет
В	298	ПЕРЕВЯЗКА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ У УСТЬЯ – ЭТО ОПЕРАЦИЯ:
О	А	Троянова-Гренделенбурга
О	Б	Нарата
О	В	Коккета
О	Г	Линтона
В	299	НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

О	А	сафенэктомия с перевязкой коммуникантных вен по Линтону
О	Б	операция Троянова-Тренделенбурга
О	В	шунтирующие операции
О	Г	удаление большой подкожной вены по Бебкоку
В	300	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	тромбоз вен нижних конечностей
О	Б	тромбоз мезентериальных вен
О	В	тромбоз вен верхних конечностей
О	Г	тромбоз в правом предсердии
В	301	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	эластическая компрессия нижних конечностей
О	Б	применение вазопротекторов
О	В	ограничение физической нагрузки
О	Г	антикоагулянтная терапия
В	302	МЕСТОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОГО ПЕРВИЧНОГО ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	голень
О	Б	подколенная область
О	В	тазовая область
О	Г	бедро
В	303	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕСТА ОККЛЮЗИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	флебография
О	Б	радиоиндикация
О	В	тромбоэластография
О	Г	сфигмография
В	304	КАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?
О	А	тромбоз магистральных вен конечности
О	Б	рожистое воспаление
О	В	острый тромбофлебит подкожных вен
О	Г	облитерирующий атеросклероз
В	305	ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕБОТРОМБОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	тромбоэмболия легочной артерии
О	Б	тромбоэмболия верхней брыжеечной артерии
О	В	ишемическая гангрена конечности
О	Г	ишемический инсульт
В	306	ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПРАТТА-

		1?
О	А	проходимость глубоких вен конечности
О	Б	состояние клапанного аппарата поверхностных вен
О	В	локализацию перфорантных вен
О	Г	состояние клапанов коммуникантных вен
В	307	ОСТРЫЙ ТРОМБОФЛЕБИТ ГЛУБОКИХ ВЕН ГОЛЕНИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:
О	А	Хоманса
О	Б	Шварца
О	В	Тальмана
О	Г	Майерса
В	308	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	лапароскопия
О	Б	обзорная рентгенография живота
О	В	ФГДС
О	Г	УЗИ
В	309	ПОЯВЛЕНИЕ КРЕПИТАЦИИ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЖИВОТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ:
О	А	двенадцатиперстной кишки
О	Б	поперечной ободочной кишки
О	В	поджелудочной железы
О	Г	почки
В	310	О ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:
О	А	исчезновение печеночной тупости
О	Б	нелокализованная болезненность при пальпации живота
О	В	затрудненное поверхностное дыхание
О	Г	снижение артериального давления
В	311	КАКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНИТЬ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ?
О	А	экстренную операцию
О	Б	операцию при появлении симптомов перитонита
О	В	отсроченное оперативное вмешательство
О	Г	холод на живот
В	312	В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИМЕНЕЕ ЗНАЧИМЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	ослабление или исчезновение пульсации брюшной аорты
О	Б	исчезновение печеночной тупости
О	В	напряжение мышц передней брюшной стенки
О	Г	наличие симптомов раздражения брюшины

В	313	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЛОГО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?
О	А	обзорная рентгенография брюшной полости
О	Б	УЗИ брюшной полости
О	В	контрастная рентгенография ЖКТ
О	Г	лапароцентез
В	314	ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	обзорная рентгенография грудной клетки
О	Б	медиастиноскопия
О	В	бронхоскопия
О	Г	торакоскопия
В	315	ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ВОЗНИКАЮТ У ПОСТРАДАВШИХ:
О	А	с «окончатыми» переломами ребер
О	Б	с множественными переломами ребер по среднеключичной линии
О	В	с двусторонними переломами ребер по лопаточной линии
О	Г	с переломом ребер и подкожной эмфиземой
В	316	ПРИ ЗАКРЫТЫХ ОДНОСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	спирт-новокаиновая блокада межреберных нервов в зоне переломов
О	Б	тугое бинтование грудной клетки
О	В	наложение колец Дельбе
О	Г	торакобрахиальная гипсовая повязка
В	317	ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ НЕ ПОДЛЕЖАТ, КАК ПРАВИЛО, НЕОТЛОЖНОМУ И СРОЧНОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТРАДАВШИЕ:
О	А	с множественными переломами ребер
О	Б	с продолжающимся внутриплевральным кровотечением
О	В	с разрывом диафрагмы
О	Г	с нарастающим клапанным пневмотораксом
В	318	ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ:
О	А	легкие
О	Б	трахея и крупные бронхи
О	В	диафрагма
О	Г	сердце
В	319	ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГИДРАДЕНИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	стафилококк
О	Б	синегнойная палочка
О	В	протей
О	Г	стрептококк
В	320	ВОЗБУДИТЕЛЕМ РОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

О	А	стрептококк
О	Б	золотистый стафилококк
О	В	ассоциация микроорганизмов
О	Г	синегнойная палочка
В	321	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПАРОТИТА ОТНОСИТСЯ:
О	А	парез ветвей лицевого нерва
О	Б	остеомиелит нижней челюсти
О	В	парез ветвей тройничного нерва
О	Г	флегмона шеи
В	322	ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ РОЖЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЫВАЕТ:
О	А	лимфостаз
О	Б	сепсис
О	В	периостит
О	Г	тромбофлебит
В	323	ОСНОВНОЙ ОПАСНОСТЬЮ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	развитие восходящего лицевого тромбофлебита
О	Б	угроза развития осложнений со стороны органов зрения
О	В	выраженная интоксикация
О	Г	образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием
В	324	ОПЕРАЦИЮ АРТРОТОМИИ ПРИ ГНОЙНОМ АРТРИТЕ ПРОИЗВОДЯТ:
О	А	при многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
О	Б	при обширном разрушении суставных концов костей
О	В	при резко выраженном болевом синдроме
О	Г	при разрушении связочного аппарата сустава
В	325	ПРИ СЕПТИКОПИЕМИЧЕСКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ГНОЙНЫЕ ОЧАГИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:
О	А	головном мозге
О	Б	печени
О	В	легких
О	Г	селезенке
В	326	К СРЕДСТВАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ СЕПСИСЕ, ВЫЗВАННОМ СТАФИЛОКОККОМ, ОТНОСЯТСЯ:
О	А	антистафилококковая плазма и стафилококковый анатоксин
О	Б	т-активин
О	В	левамизол
О	Г	лейкомасса
В	327	НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ СЕПСИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	внутривенный и эндолимфатический

О	Б	внутримышечный и внутривенный
О	В	внутрикостный и внутримышечный
О	Г	эндолимфатический
В	328	АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ СЕПСИСЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:
О	А	с момента установления диагноза
О	Б	при обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
О	В	после получения антибиотикограмм
О	Г	при положительных посевах крови
В	329	ДЛЯ СЕПТИКОПИЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ:
О	А	метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
О	Б	гектическая температура
О	В	общая слабость, истощение организма
О	Г	резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных метастазов
В	330	ВНЕБРЮШИННЫЙ СПОСОБ ВСКРЫТИЯ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПО КЛЕРМОНУ ПРЕДПОЛАГАЕТ:
О	А	отслоение тупым путем поперечной фасции вместе с брюшиной от нижней поверхности диафрагмы
О	Б	отслоение тупым путем только поперечной фасции
О	В	подход к гнойнику через разрез передней брюшной стенки
О	Г	подход к гнойнику через грудную полость без вскрытия плевры
В	331	ЗАДНИЙ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС ПОД ЛЕВЫМ КУПОЛОМ ДИАФРАГМЫ ВСКРЫВАЕТСЯ:
О	А	по А.В. Мельникову
О	Б	через косой доступ в левом подреберье
О	В	по Клермону
О	Г	через верхне-срединный доступ
В	332	ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА СЗАДИ ВЕНЕЧНОЙ СВЯЗКИ АБСЦЕСС ВСКРЫВАЮТ:
О	А	по А.В. Мельникову
О	Б	через верхне-срединный доступ
О	В	по Клермону
О	Г	лапароскопическим способом
В	333	ФЛЕГМОНА ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:
О	А	ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
О	Б	переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
О	В	расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки
О	Г	медиальном расположении червеобразного отростка
В	334	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВОЗДУХА ИЛИ БАРИЯ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ИЛИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О:

О	А	внутренней желчной фистуле
О	Б	холедохолитиазе
О	В	желудочно-толстокишечной фистуле
О	Г	холецистите
В	335	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	цирроз печени
О	Б	тромбоз селезеночной или воротной вены
О	В	синдром Бадд-Хиари
О	Г	опухолевые поражения печени
В	336	ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	острый панкреатит
О	Б	холедохолитиаз
О	В	хронический панкреатит
О	Г	механическая желтуха
В	337	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НОВООБРАЗОВАНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	пневмомедиастинотография
О	Б	бронхография
О	В	пневмомедиастиноскопия
О	Г	бронхоскопия
В	338	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:
О	А	экстренную гастродуоденоскопию
О	Б	обзорную рентгеноскопию брюшной полости
О	В	рентгеноскопию желудка
О	Г	лапароскопию
В	339	ОПЕРАЦИЯ МАДЕЛУНГА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
О	А	удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
О	Б	удалении подкожных вен методом тоннелирования
О	В	надфасциальной перевязке коммунікантных вен
О	Г	чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
В	340	ОПЕРАЦИЯ КЛАППА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
О	А	чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
О	Б	удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
О	В	надфасциальной перевязке коммунікантных вен
О	Г	удалении подкожных вен зондом
В	341	ОПЕРАЦИЯ КОКЕТТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
О	А	надфасциальной перевязке коммунікантных вен
О	Б	удалении подкожных вен методом тоннелирования

О	В	чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
О	Г	удалении подкожных вен с помощью зонда
В	342	ОПЕРАЦИЯ ЛИНТОНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:
О	А	субфасциальной перевязке коммуникантных вен
О	Б	чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
О	В	удалении подкожных вен методом тоннелирования
О	Г	удалении подкожных вен с помощью зонда
В	343	ПРИ РАНЕНИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:
О	А	наложение сосудистого шва
О	Б	резекция воротной вены
О	В	создание соустья с селезеночной веной
О	Г	операция Экка
В	344	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ АМПУТАЦИИ ОБОЖЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ИЛИ КРУПНЫХ ЕЕ СЕГМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы
О	Б	сдавление конечности циркулярным струпом
О	В	острый гнойный артрит
О	Г	снижение эндотоксикоза
В	345	ПРИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОМ РЕКТАЛЬНОМ СВИЩЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ГНОЙНОЙ ПОЛОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	проведение лигатуры и дренирование гнойной полости
О	Б	иссечение свища в просвет кишки
О	В	дренирование гнойной полости
О	Г	пластическая операция по низведению слизистой по Блиничеву
В	346	ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ОБЫЧНО РУКОВОДСТВУЮТСЯ:
О	А	степенью воспалительных изменений брюшины
О	Б	сроком с момента прободения
О	В	локализацией перфоративного отверстия
О	Г	возрастом больного
В	347	ОДНИМ ИЗ РАННИХ ПРИЗНАКОВ ОСТРОГО РАСШИРЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	вздутие в области эпигастрия
О	Б	отсутствие кишечных шумов
О	В	рвота
О	Г	икота
В	348	НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
О	Б	желудочное кровотечение

О	В	частый жидкий стул
О	Г	рвота
В	349	ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРЕТЕРПЕВАЮТ:
О	А	язвы малой кривизны желудка
О	Б	язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
О	В	язвы большой кривизны желудка
О	Г	постбульбарные язвы
В	350	НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, НЕРЕДКО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ:
О	А	затеканием содержимого по правому боковому каналу
О	Б	скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
О	В	развивающимся разлитым перитонитом
О	Г	висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
В	351	В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕРЕДКО ПРАКТИКУЕТСЯ НАЛОЖЕНИЕ АНАСТОМОЗОВ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ ТРАКТОМ, ЛУЧШИМ СРЕДИ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	цистоеюностомия на отключенной петле
О	Б	цистогастростомия
О	В	цистодуоденостомия
О	Г	цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
В	352	УЗЛООБРАЗОВАНИЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ МЕЖДУ:
О	А	сигмовидной и тонкой кишкой
О	Б	нисходящей и сигмовидной кишкой
О	В	слепой и тонкой кишкой
О	Г	петлями тонкой кишки
В	353	ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОБТУРАЦИИ КАМНЕМ:
О	А	пузырного протока
О	Б	общего желчного протока
О	В	большого дуоденального сосочка
О	Г	общего печеночного протока
В	354	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КАРЦИНОИДНАЯ ОПУХОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:
О	А	червеобразном отростке
О	Б	толстом кишечнике
О	В	подвздошной кишке
О	Г	печени
В	355	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ, СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ:
О	А	ушивание язвы, дренирование брюшной полости

О	Б	селективную проксимальную ваготомию и пилороластику
О	В	резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
О	Г	резекцию желудка по первому способу Бильрота
В	356	НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ В ПЕРВУЮ ФАЗУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ОБУСЛОВЛЕНО:
О	А	повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство
О	Б	токсической дилатацией сосудов
О	В	резким повышением емкости портальной системы
О	Г	перегрузкой правого сердца
В	357	ДЛИТЕЛЬНОЕ НАХОЖДЕНИЕ ДРЕНАЖЕЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ ПРИВОДИТ К:
О	А	образованию кишечных свищей
О	Б	нагноению раны
О	В	хроническому колиту
О	Г	кровотечению
В	358	ДИСФАГИЯ ПОСЛЕ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ ОБУСЛОВЛЕНА:
О	А	гиперфункцией манжеты
О	Б	повреждением блуждающих нервов
О	В	чрезмерным сужением пищевода отверстия диафрагмы
О	Г	гипертонусом кардии
В	359	КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ:
О	А	огнестрельных и других краевых повреждениях печени
О	Б	повреждении элементов глиссоновой триады
О	В	подкапсульных разрывах печени
О	Г	повреждении нижней полой вены
В	360	ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ ОБУСЛОВЛЕН:
О	А	панкреатобилиарным рефлюксом
О	Б	дуоденостазом
О	В	портальной гипертензией
О	Г	перихоледохеальным лимфанденитом
В	361	ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	желчеистечением
О	Б	механической желтухой
О	В	рвотой желчью
О	Г	гнойным холангитом
В	362	ПЕРЕВЯЗКА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	механической желтухой
О	Б	желчным перитонитом
О	В	панкреонекрозом

О	Г	лихорадкой
В	363	ПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОМУ ДВОЙНОМУ ДРЕНИРОВАНИЮ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5 см
О	Б	хронический головчатый панкреатит
О	В	поликистоз печени
О	Г	холедохолитиаз
В	364	ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОПЕРАЦИЯ:
О	А	Гартмана
О	Б	левосторонняя гемиколэктомия
О	В	резекция сигмовидной кишки
О	Г	трансверзостомия
В	365	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ НЕУДАЛИМОЙ ОПУХОЛИ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПОКАЗАНО:
О	А	ушивание перфорации, двуствольная сигмостома, дренирование брюшной полости
О	Б	ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
О	В	цекостомия, дренирование брюшной полости
О	Г	ушивание перфорации, наложение двуствольного ануса
В	366	ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПОКАЗАНО:
О	А	иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника
О	Б	дренирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией
О	В	консервативное лечение с антибиотиками
О	Г	интубация кишечника зондом Милле-Эбота
В	367	КАКАЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ?
О	А	в правой подвздошной области
О	Б	в подложечной области
О	В	в пупочной области
О	Г	внизу живота
В	368	НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ДИАГНОСТИКА:
О	А	межпетельных кишечных абсцессов
О	Б	поддиафрагмальных абсцессов
О	В	абсцессов дугласова пространства
О	Г	подапоневротических абсцессов
В	369	ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ СЛЕДУЕТ УШИВАТЬ КОЖНУЮ РАНУ?
О	А	при гангренозном аппендиците
О	Б	при флегмонозном аппендиците

О	В	при вторичном аппендиците
О	Г	при катаральном аппендиците
В	370	КАКОВ ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ?
О	А	стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением кровотоочащей язвы
О	Б	пилородуоденотомия, прошивание кровотоочащей язвы
О	В	резекция желудка "на выключение"
О	Г	иссечение кровотоочащей язвы
В	371	КАКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ?
О	А	лечебная эндоскопия, дополненная инфузионно-трансфузионной, гемостатической и симптоматической терапией
О	Б	обязательная (отсроченная или плановая) операция после остановки кровотечения консервативными мероприятиями
О	В	инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия
О	Г	ранняя операция на высоте кровотечения
В	372	АУТОДЕРМОПЛАСТИКА НА ЛИЦЕ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ ПРОИЗВОДИТСЯ:
О	А	сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций
О	Б	перфорированными трансплантатами аутокожи
О	В	полнослойными кожными трансплантатами
О	Г	расщепленным лоскутом
В	373	РЕЦИДИВЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ПРИ:
О	А	тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
О	Б	поверхностных эрозиях слизистой
О	В	калезной язве
О	Г	рубцующейся язве
В	374	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВСЕГО ПРИМЕНЯТЬ ОПЕРАЦИЮ:
О	А	Бассини и Постемпского
О	Б	Жирара-Спасокукоцкого
О	В	Мартынова
О	Г	Руджи-Парлавеччио
В	375	ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛИ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ОТВОДЯЩИЙ ОТРЕЗОК КИШКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ РЕЗЕЦИРОВАН С ОТСТУПОМ ОТ ВИДИМОЙ ГРАНИЦЫ НЕКРОЗА НА РАССТОЯНИЕ:
О	А	15-20 см
О	Б	45-50 см
О	В	5-10 см
О	Г	35-40 см

В	376	ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РИХТЕРОВСКОЕ УЩЕМЛЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:
О	А	наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
О	Б	выполнение срочной операции
О	В	вправление грыжи
О	Г	наблюдение и консервативное лечение
В	377	ШЕЙКА МЕШКА БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ РАСПОЛОЖЕНА:
О	А	медиальнее бедренных сосудов
О	Б	медиальнее купферовской связки
О	В	позади бедренных сосудов
О	Г	латеральнее бедренных сосудов
В	378	ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ МОГУТ СОСТАВЛЯТЬ ЧАСТЬ СТЕНКИ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ВИДЕ ГРЫЖ:
О	А	скользящей
О	Б	косой паховой
О	В	пупочной
О	Г	прямой паховой
В	379	К ГРЫЖАМ, ТРЕБУЮЩИМ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В СВЯЗИ С ЧАСТЫМИ УЩЕМЛЕНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ:
О	А	бедренные
О	Б	белой линии живота
О	В	пупочные
О	Г	косые паховые
В	380	ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ПЕТЛИ КИШКИ ПРИ ГРЫЖАХ НАИБОЛЬШИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В:
О	А	приводящей петле
О	Б	отводящей петле
О	В	приводящей и отводящей петле в равной степени
О	Г	сегменте брыжейки ущемленной кишки
В	381	ИНГИБИТОРЫ ПРОТЕАЗ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:
О	А	ингибируют протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
О	Б	ингибируют процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
О	В	блокируют аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
О	Г	улучшают кровоснабжение поджелудочной железы
В	382	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ЖЕНЩИН МОЖЕТ БЫТЬ:
О	А	хронический холецистит
О	Б	беременность
О	В	злоупотребление алкоголем

О	Г	применение кортикостероидов
В	383	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	злоупотребление алкоголем
О	Б	применение кортикостероидов
О	В	хронический холецистит
О	Г	травма живота
В	384	У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:
О	А	формирование гнойников брюшной полости
О	Б	образование кишечных свищей
О	В	тромбоэмболия легочной артерии
О	Г	эвентрация
В	385	ПРИ ПОСЕВАХ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЭКССУДАТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ РОСТ:
О	А	кишечной палочки
О	Б	стафилококка
О	В	анаэробной флоры
О	Г	смешанной флоры
В	386	ЖЕЛЧНЫЙ КАМЕНЬ, ВЫЗВАВШИЙ ОБТУРАЦИОННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ПОПАДАЕТ В ПРОСВЕТ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЧЕРЕЗ ФИСТУЛУ МЕЖДУ ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ И:
О	А	двенадцатиперстной кишкой
О	Б	тощей кишкой
О	В	ободочной кишкой
О	Г	слепой кишкой
В	387	ЖЕЛЧНЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСЕГО СОСТОЯТ ИЗ:
О	А	холестерина
О	Б	оксалатов
О	В	солей желчных кислот
О	Г	мочевой кислоты
В	388	ПО ВОРОТНОЙ ВЕНЕ ИНФЕКЦИЯ ПОПАДАЕТ В ПЕЧЕНЬ ИЗ:
О	А	воспалительных очагов органов брюшной полости
О	Б	большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов
О	В	левых отделов сердца при септическом эндокардите
О	Г	желчных протоков при гнойном холангите
В	389	МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЕЛКИЕ АБСЦЕССЫ В ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО, РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ:
О	А	тяжелом гнойном холангите
О	Б	заползании аскарид во внутривеночные желчные протоки
О	В	остром деструктивном холецистите

О	Г	нагноении паразитарной кисты печени
В	390	ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЛИТАРНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	вскрытие и дренирование абсцесса
О	Б	наложение билиодигестивного соустья
О	В	резекция сегмента печени
О	Г	гемигепатэктомия
В	391	ЗАБОЛЕВАНИЕ АМЕБНЫМ АБСЦЕССОМ ПЕЧЕНИ, КАК ПРАВИЛО, СОВПАДАЕТ С:
О	А	учащением случаев амебной дизентерии
О	Б	учащением случаев инфекционного гепатита
О	В	сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
О	Г	учащением случаев описторхоза
В	392	ЗОНД ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА МОЖНО ОСТАВЛЯТЬ НА:
О	А	1-8 суток
О	Б	13-16 часов
О	В	14-16 суток
О	Г	5-10 часов
В	393	ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	спленомегалия
О	Б	кровоточивость слизистой оболочки носа
О	В	интермитирующая лихорадка
О	Г	общая слабость
В	394	НАИБОЛЬШИЕ НАРУШЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ИМЕЮТ МЕСТО ПРИ:
О	А	странгуляционной кишечной непроходимости
О	Б	паралитической форме динамической кишечной непроходимости
О	В	обтурационной кишечной непроходимости
О	Г	спастической форме динамической кишечной непроходимости
В	395	ПРИ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:
О	А	введения назогастрального зонда
О	Б	инфузионной терапии
О	В	хирургического вмешательства
О	Г	применения препаратов антихолинэстеразного действия
В	396	ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИСТОЧНИКА ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ:
О	А	8-12 литров
О	Б	4-6 литров

О	В	14-16 литров
О	Г	1-2 литра
В	397	НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ КИШЕЧНОЙ НЕ-ПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
О	А	инвагинация
О	Б	обтурация толстой кишки опухолью
О	В	узлообразование
О	Г	заворот
В	398	ОСНОВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЮТСЯ:
О	А	розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки
О	Б	пульсация сосудов брыжейки
О	В	блестящая серозная оболочка, сохраненная перистальтика кишечной стенки
О	Г	перистальтика кишечной стенки
В	399	ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕ НЕОБХОДИМО ЛИКВИДИРОВАТЬ:
О	А	ущемление, при этом пластику грыжевых ворот не производить
О	Б	ущемление, при этом произвести пластику грыжевых ворот классическими методами
О	В	ущемление, при этом произвести пластику грыжевых ворот с помощью листов грыжевого мешка
О	Г	ущемление, резецировать грыжевой мешок, произвести пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы
В	400	УЩЕМЛЕНИЕ ПРОТИБОБРЫЖЕЕЧНОГО КРАЯ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
О	А	грыже Рихтера
О	Б	грыже треугольника Пти
О	В	грыже Литтре
О	Г	комбинированной паховой грыже

Критерии оценки ответа ординатора при компьютерном тестировании

% выполнения задания	Оценка
90,1 – 100	отлично
75,1 – 90	хорошо
60 – 75	удовлетворительно
59,9 и ниже	неудовлетворительно

Список вопросов к экзамену:

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при остром аппендиците.
2. Болезнь Крона, клиника, диагностика.
3. Показания и техника выполнения хирургической обработки гранулирующих ран.
4. Принципы оперативного лечения рака прямой кишки.
5. Техника операций проксимальной резекции желудка. Этапы операций. Показания.
6. Техника резекции желудка при раке - этапы операции, принципы абластики.
7. Диспансеризация хирургических больных, оформление медицинской документации.
8. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.
9. Техника операций при остром аппендиците.
10. Открытый, закрытый и клапанный пневмотораксы. Клиника, диагностика.
11. Клиника, диагностика и лечение гемотранфузионного шока.
12. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
13. Правила выдачи листка нетрудоспособности.
14. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при стенозе большого дуоденального сосочка.
15. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение рожистого воспаления кожи.
16. Болезни оперированного желудка, классификация, патофизиология.
17. Травматический шок, патогенез, диагностика по тяжести.
18. Общая симптоматика грыжи, диагностика, дифференциальная диагностика.
19. Тактика хирурга при осложненных формах острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита.
20. Оказание экстренной помощи больным с пневмотораксом.
21. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
22. Техника резекции желудка.
23. Закрытые травмы живота. Клиника, методы современной диагностики, хирургическая тактика.
24. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
25. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
26. Показания к хирургическому лечению, техника операций при открытом, закрытом и клапанном пневмотораксе.
27. Показания к операции и основные принципы хирургического лечения при синдроме длительного сдавливания.
28. Техника операций при пупочных грыжах.
29. Техника ушивания прободного отверстия желудка и ДПК.
30. Открытые непроникающие и проникающие травмы груди. Клиника, диагностика. Методы оказания первой помощи. Методы оперативного лечения при открытых травмах груди.
31. Клиника и диагностика гемопневмоторакса.
32. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и ДПК.
33. Диагностика и дифференциальная диагностика септического шока.
34. Пептическая язва анастомоза - клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
35. Синдром длительного раздавливания, патогенез, диагностика.
36. Карциноид червеобразного отростка. Диагностика. Клиника, карциноидный синдром. Принципы лечения.

37. Реанимация при внезапной остановке сердца у хирургических больных в плановой и неотложной хирургии.
38. Диагностика, дифференциальная диагностика механической и динамической кишечной непроходимости.
39. Грыжи белой линии живота, методы операций.
40. Неотложная помощь при острых отравлениях и ожогах различных отделов пищеварительного тракта.
41. Паховые грыжи, врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика.
42. Диагностика, дифференциальная диагностика профузных желудочно-кишечных кровотечений.
43. Неспецифический язвенный колит. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
44. Методы лечения газовой гангрены конечности.
45. Столбняк. Методы диагностики и лечения.
46. Показания, подготовка к операции, выбор метода оперативного лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях.
47. Искусственное дыхание, аппаратная искусственная вентиляция легких.
48. Наиболее частые технические ошибки при операциях по поводу ущемленных грыж.
49. Бедренные грыжи, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
50. Основные принципы лечения кровотечений из опухолей желудка.
51. Неотложная помощь при тромбозмболии легочной артерии.
52. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
53. Неотложная помощь при острой кровопотере.
54. Техника паллиативных операций при острых гастродуоденальных кровотечениях.
55. Неотложная помощь при остром панкреатите.
56. Дифференциальная диагностика ущемленных грыж, диагностическая программа.
57. Неотложная помощь при ожогах.
58. Техника операций при мастопатиях, сецернирующей молочной железе.
59. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами.
60. Методы хирургического лечения открытых и закрытых травм живота.
61. Оказание неотложной помощи при почечной колике.
62. Паховые грыжи, врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика.
63. Выбор метода операций при косых и прямых паховых грыжах.
64. Неотложная помощь при печеночной коме у хирургических больных.
65. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений.
66. Особенности клиника обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.
67. Ведение больных с ожоговой болезнью.
68. Неотложная помощь при тромбозмболии легочной артерии.
69. Патогенез перитонита и его тяжесть в зависимости от длительности заболевания.
70. Методы и техника выполнения местной анестезии при хирургическом лечении гнойных заболеваний пальцев кисти.
71. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей толстой кишки.
72. Техника выполнения верхне-срединной, средне-срединной и нижне-срединной лапаротомии.
73. Местная анестезия, виды, техника выполнения.
74. Гнойные заболевания пальцев и кисти. Показания к операции, техника вскрытия гнойников, схема разреза.

75. Травматический остеомиелит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
76. Антибиотики. Классификация, показания к применению.
77. Бактериальные абсцессы печени. Клиника, диагностика, лечение. Принципы хирургического лечения.
78. Техника проксимальной селективной ваготомии, показания.
79. Эндоскопическая классификация кровотечений по Форрест.
80. Осложненная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки кровотечением. Клиника, диагностика, лечение.
81. Техника новокаиновых блокад, применяемые дозировки.
82. Техника операций при бедренных грыжах.
83. Ведение больных с острым панкреатитом в послеоперационном периоде.
84. Лечение открытого пневмоторакса.
85. Посттромботический синдром. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
86. Геморрой, патогенез, классификация, диагностика.
87. Атеросклеротическая ишемия нижних конечностей, сухая гангрена, клиника, диагностика, лечение.
88. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика флегмоны подкожной клетчатки.
89. Техника операций при острых и хронических остеомиелитах.
90. Поздние операции на поджелудочной железе, показания, техника выполнения.
91. Карбункул, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
92. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности.
93. Доброкачественные опухоли ободочной кишки. Клиника, диагностика, лечение.
94. Рак молочной железы, клинические формы, диагностика заболевания.
95. Работа хирурга во ВТЭК и ВКК.
96. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
97. Язвенная болезнь желудка. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
98. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови.
99. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка.
100. Показания к переливанию солевых, коллоидно-солевых, плазмозамещающих растворов, гидролизатов белков и других питательных средств.
101. Консервативное течение травматического шока.
102. Диагностика перитонита в зависимости от стадии заболевания, программа обследования больного, хирургическая тактика.
103. Фурункул и фурункулез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
104. Шок – определение понятия, классификация, стадии.
105. Показания к неотложной, срочной и плановой операциях при желудочно-кишечном язвенном кровотечении.
106. Рак прямой кишки, клиника и диагностика. Принципы современного лечения.
107. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика абсцессов подкожной клетчатки.
108. Отсроченные операции при остром панкреатите, показания, техника, объем и этапы.
109. Параректальные свищи, клиника, диагностика, классификация, методы оперативного лечения.
110. Ведение больных с ожоговой болезнью.
111. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика.
112. Лечение острого панкреатита с применением эндоскопических методов лечения.

- 113. Клинические проявления острого панкреатита, периодичность течения заболевания.
- 114. Показания к хирургическому лечению геморроя и методы операций.

Фонд экзаменационных билетов:

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при остром аппендиците.
2. Болезнь Крона, клиника, диагностика.
3. Показания и техника выполнения хирургической обработки гранулирующих ран.
4. Принципы оперативного лечения рака прямой кишки.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Техника операций проксимальной резекции желудка. Этапы операций. Показания.
2. Техника резекции желудка при раке - этапы операции, принципы абластики.
3. Диспансеризация хирургических больных, оформление медицинской документации.
4. Техника операций при пупочных грыжах.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.
2. Техника операций при остром аппендиците.
3. Открытый, закрытый и клапанный пневмотораксы. Клиника, диагностика.
4. Клиника, диагностика и лечение гемотрансфузионного шока.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
2. Правила выдачи листка нетрудоспособности.
3. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при стенозе большого дуоденального сосочка.
4. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение рожистого воспаления кожи.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Болезни оперированного желудка, классификация, патофизиология.
2. Травматический шок, патогенез, диагностика по тяжести.
3. Общая симптоматика грыжи, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Тактика хирурга при осложненных формах острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Оказание экстренной помощи больным с пневмотораксом.
2. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
3. Техника резекции желудка.
4. Закрытые травмы живота. Клиника, методы современной диагностики, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
2. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Показания к хирургическому лечению, техника операций при открытом, закрытом и клапанном пневмотораксе.
4. Показания к операции и основные принципы хирургического лечения при синдроме длительного сдавливания.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Техника операций при пупочных грыжах.
2. Техника ушивания прободного отверстия желудка и ДПК.
3. Открытые непроникающие и проникающие травмы груди. Клиника, диагностика. Методы оказания первой помощи. Методы оперативного лечения при открытых травмах груди.
4. Клиника и диагностика гемопневмоторакса.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и ДПК.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика септического шока.
3. Пептическая язва анастомоза – клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
4. Синдром длительного раздавливания, патогенез, диагностика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Карциноид червеобразного отростка. Диагностика. Клиника, карциноидный синдром. Принципы лечения.
2. Реанимация при внезапной остановке сердца у хирургических больных в плановой и неотложной хирургии.
3. Диагностика, дифференциальная диагностика механической и динамической кишечной непроходимости.
4. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Грыжи белой линии живота, методы операций.
2. Неотложная помощь при острых отравлениях и ожогах различных отделов пищеварительного тракта.
3. Паховые грыжи, врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика профузных желудочно-кишечных кровотечений.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Неспецифический язвенный колит. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
2. Методы лечения газовой гангрены конечности.
3. Столбняк. Методы диагностики и лечения.
4. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при остром аппендиците.
2. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.
3. Пептическая язва анастомоза – клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
4. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Показания, подготовка к операции, выбор метода оперативного лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях.
2. Реанимация при внезапной остановке сердца у хирургических больных в плановой и неотложной хирургии.
3. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Искусственное дыхание, аппаратная искусственная вентиляция легких.
2. Неотложная помощь при печеночной коме у хирургических больных.
3. Наиболее частые технические ошибки при операциях по поводу ущемленных грыж.
4. Бедренные грыжи, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Основные принципы лечения кровотечений из опухолей желудка.
2. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
3. Пептическая язва анастомоза - клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
4. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Неотложная помощь при острой кровопотере.
2. Техника паллиативных операций при острых гастродуоденальных кровотечениях.
3. Техника операций при бедренных грыжах.
4. Неотложная помощь при остром панкреатите.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Дифференциальная диагностика ущемленных грыж, диагностическая программа.
2. Неотложная помощь при ожогах.
3. Техника операций при мастопатиях, сецернирующей молочной железе.
4. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Методы хирургического лечения открытых и закрытых травм живота.
2. Оказание неотложной помощи при почечной колике.
3. Паховые грыжи, врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика профузных желудочно-кишечных кровотечений.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Реанимация при внезапной остановке сердца у хирургических больных в плановой и неотложной хирургии.
2. Выбор метода операций при косых и прямых паховых грыжах.
3. Неотложная помощь при печеночной коме у хирургических больных.
4. Показания, подготовка к операции, выбор метода оперативного лечения при острых гастродуоденальных кровотечениях.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика.
2. Техника операций при бедренных грыжах.
3. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Неотложная помощь при остром панкреатите.
2. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
3. Техника паллиативных операций при острых гастродуоденальных кровотечениях.
4. Неотложная помощь при острой кровопотере.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Особенности клиника обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.
2. Ведение больных с ожоговой болезнью.
3. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии.
4. Патогенез перитонита и его тяжесть в зависимости от длительности заболевания.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Методы и техника выполнения местной анестезии при хирургическом лечении гнойных заболеваний пальцев кисти.
2. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей толстой кишки.
3. Техника выполнения верхне-срединной, средне-срединной и нижне-срединной лапаротомии.
4. Местная анестезия, виды, техника выполнения.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Гнойные заболевания пальцев и кисти. Показания к операции, техника вскрытия гнойников, схема разреза.
2. Травматический остеомиелит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Антибиотики. Классификация, показания к применению.
4. Бактериальные абсцессы печени. Клиника, диагностика, лечение. Принципы хирургического лечения.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Техника проксимальной селективной ваготомии, показания.
2. Эндоскопическая классификация кровотечений по Форрест.
3. Осложненная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки кровотечением. Клиника, диагностика, лечение.
4. Техника новокаиновых блокад, применяемые дозировки.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика.
2. Техника операций при бедренных грыжах.
3. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Ведение больных с острым панкреатитом в послеоперационном периоде.
2. Лечение открытого пневмоторакса.
3. Посттромботический синдром. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Геморрой, патогенез, классификация, диагностика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Атеросклеротическая ишемия нижних конечностей, сухая гангрена, клиника, диагностика, лечение.
2. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика флегмоны подкожной клетчатки.
3. Техника операций при острых и хронических остеомиелитах.
4. Показания к хирургическому лечению геморроя и методы операций.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
2. Поздние операции на поджелудочной железе, показания, техника выполнения.
3. Карбункул, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
4. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 31
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Доброкачественные опухоли ободочной кишки. Клиника, диагностика, лечение.
2. Рак молочной железы, клинические формы, диагностика заболевания.
3. Работа хирурга во ВТЭК и ВКК.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 32
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Язвенная болезнь желудка. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
2. Техника переливания крови. Ошибки и опасности при переливании крови.
3. Пептическая язва анастомоза – клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
4. Показания и противопоказания к переливанию компонентов крови.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 33
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка.
2. Показания к переливанию солевых, коллоидно-солевых, плазмозамещающих растворов, гидролизатов белков и других питательных средств.
3. Язвенная болезнь желудка. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.
4. Консервативное течение травматического шока.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 34
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Диагностика перитонита в зависимости от стадии заболевания, программа обследования больного, хирургическая тактика.
2. Техника резекции желудка при раке - этапы операции, принципы абластики.
3. Фурункул и фурункулез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Шок – определение понятия, классификация, стадии.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 35
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Показания к неотложной, срочной и плановой операциях при желудочно-кишечном язвенном кровотечении.
2. Рак прямой кишки, клиника и диагностика. Принципы современного лечения.
3. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика абсцессов подкожной клетчатки.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 36
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Отсроченные операции при остром панкреатите, показания, техника, объем и этапы.
2. Параректальные свищи, клиника, диагностика, классификация, методы оперативного лечения.
3. Ведение больных с ожоговой болезнью.
4. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 37
итогового экзамена в ординатуре по специальности
«Хирургия»

1. Лечение острого панкреатита с применением эндоскопических методов лечения.
2. Клинические проявления острого панкреатита, периодичность течения заболевания.
3. Показания к хирургическому лечению геморроя и методы операций.
4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Заведующий кафедрой хирургии №2
ФПК и ППС, профессор

А.М.Мануйлов

Фонд ситуационных задач:

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0 °С. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного (стенонова) протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.
В	1	Поставьте диагноз. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.
Э	-	Острый гнойный паротит. Обезвоживание, снижение секреции желез (атропин – премедикация), снижение защитных сил организма.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?
Э	-	Сниженная секреция слюнных желез – гипосаливация
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Назовите возбудителя инфекции. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?
Э	-	Стафилококки, микст-инфекция. Обширные операции на органах брюшной полости.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Назовите основные методы лечения. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?
Э	-	Антибиотики (цефалоспорины), ферменты, 1% пилокарпин (усиливает секрецию), дезинтоксикационная и инфузионная терапия, оперативное – вскрытие абсцесса. Да, для разжижения секрета.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Какое анатомическое образование нужно учитывать при вскрытии абсцесса?
Э	-	Лицевой нерв, разрез в месте размягчения.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье. Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38°C. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°C, появились головные боли и сухость во рту. При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Температура тела 39,5°C. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
В	1	Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. Оцените тяжесть состояния пациента.
Э	-	Флегмона кисти и предплечья правой руки. Средней тяжести.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	К какой группе заболеваний относится, назовите основных возбудителей данного заболевания? Какие формы данного заболевания различают?
Э	-	Гнойная хирургическая инфекция (стафилококк, стрептококк, синегнойная палочка). Серозные, гнойные, гнилостные, анаэробные.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	3	Как данное заболевание делится по локализации, укажите специальные названия отдельных видов? Расскажите об основных принципах лечения и тактике ведения больных?
Э	-	Эпи-, субфасциальные, межмышечные, подслизистые, органные, межорганные, поддиафрагмальные, тазовые, забрюшинную. Отдельные виды – медиастинит, паранефрит... Антибиотикотерапия, как самостоятельный метод применяется в ранней стадии процесса, когда нет гнойно-резорбтивной лихорадки, нет ясности о распространении процесса. Основным методом – оперативный – вскрытие и дренирование флегмоны.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	В каком конкретном лечении нуждается данный пациент? Техника и методы проводниковой анестезии в хирургии кисти.
Э	-	Вскрытие, дренирование, АБ, дезинтоксикация, десенсебилизация, обезболивание, иммобилизация. По Оберсту – Лукашевичу, Брауну-Усольцевой.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Осложнением каких заболеваний может быть данное состояние?
Э	-	Карбункул, гнойный лимфаденит, буллезная рожа, гнойный артрит, тендовагинит, редко – гематогенные заносы инфекции
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания. Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.
В	1	Поставьте диагноз, дополнительные методы исследования.
Э	-	Острое ЖК кровотечение. ФГДС, общий анализ крови. По Алговеру

		(индекс шока PS/сАД) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Методы определения групповой принадлежности крови. Методы определения совместимости при переливании донорской крови. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
Э	-	Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлонами. Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, холодовая проба (проба на плоской поверхности), проба с применением 10% желатина, биологическая проба. Тромбоземболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пирогенные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цитратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепатиты)
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Тактика, лечения. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
Э	-	Консервативная – гемостатическая терапия, ФГДС в приёмном покое На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ раствор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Какие заболевания приводят к желудочно-кишечным кровотечениям?
Э	-	Язвенная болезнь желудка и ДПК, опухолевые заболевания ЖКТ, синдром Мэллори-Вейса, портальная гипертензия (цирроз печени, как следствие кровотечение из ВРВП)...
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	5	Дифференциальная диагностика заболеваний приводящие к ЖКК.
Э	-	Из анамнеза, по продолжительности заболевания, по характеру начала заболевания, по выраженности клинических и лабораторных симптомов, результатах эндоскопических методов исследования.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5 ⁰ С. Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность. Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32*10 ⁹ /л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.
В	1	Поставьте диагноз. Причина ухудшения состояния больного.
Э	-	Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны. Нагноение п/о раны
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
Э	-	Ухудшения состояние больного. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Тактика ведения больного.
Э	-	Снять швы, вести как гнойную рану.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации? Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
Э	-	Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые

		мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС. В гнойную хирургию
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Виды дренирования раны. Методы асептики.
Э	-	Активное, пассивное, проточно-промывное дренирование. Асептика: физическая, химическая.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме. На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - $37,4^\circ\text{C}$. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется пете-хиальная сыпь, температура тела $39,8^\circ\text{C}$, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты $30 \times 10^9/\text{л}$, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.
В	1	Клинический диагноз.
Э	-	Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Причина внезапного ухудшения состояния. Какие клиничко-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
Э	-	Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ

P0	-	Неверный ответ
В	3	Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
Э	-	УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Тактика ведения данного больного. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
Э	-	Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэсэквэсрэктомия, дренирование сальниковой сумки. Тиенам, цефипим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения? Прогноз для данного больного.
Э	-	Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывание. Сложный.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной в возрасте 56 лет жалуется на потерю массы тела (14,5 кг за 8 мес), кашицеобразный стул. На момент осмотра болей в животе нет, но из анамнеза известно, что два месяца назад больной отмечал боли в животе, иррадиирующие в спину. Такие боли продолжительностью примерно 7 дней последние 5 лет бывали у него регулярно 2 раза в год. Стул обычно кашицеобразный, иногда жирный. В период болей лихорадки и озноба не было. Аппетит хороший. Несколько лет назад у него было диагностировано нарушение толерантности к глюкозе. Аллергологический анамнез спокойный. Лекарств постоянно не принимает. Обычно он выпивает стакан вина ежедневно. Больной несколько гипотрофичен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Обследование сердца и легких изменений не выявило. При пальпации живот мягкий, не вздут. Печень слегка увеличена, край гладкий. Селезенка не пальпируется. Ректальное исследование

		без патологии. Тест на скрытую кровь отрицательный. Данные лабораторных исследований. Глюкоза крови 6,2 ммоль/л, АсАт - 80 МЕ/л, АлАТ - 200 МЕ/л, билирубин в норме, амилаза сыворотки крови 42 мг/кр/ч., альбумин 30 г/л, гемоглобин - 130 г/л. При УЗИ печени выявлено, что экзогенность диффузно изменена. Поджелудочная железа с уплотненной структурой. Характер изменения протоков при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии - чередование расширений и сужений протоков (симптом «бус»).
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Хронический панкреатит, склерозирующая форма, средней степени тяжести, обострение (обострение 2 раза в год, похудание, стеаторея) нарушение толерантности к глюкозе. Реактивный гепатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	ОАК, ОАК,УЗИ, КТ, амилаза, диастаза, Rg брюшной полости.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Лечебная тактика?
Э	-	Диета, ферменты, спазмолитики, анальгетики, при обострениях – как острый панкреатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Необходимый объем консервативной терапии?
Э	-	См п3.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Оперативное лечение?
Э	-	Оперативное лечение по показаниям – непроходимость ДПК, кисты ПЖЖ (марсупиализация, внутреннее дренирование), вирсунголитиаз, выраженный болевой синдром (перинервэктомия), желтуха.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4⁰С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.
В	1	Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
Э	-	Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников.
Р2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
Р1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
Р0	-	Неверный ответ
В	2	Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?
Э	-	ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы, биопсия.
Р2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
Р1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
Р0	-	Неверный ответ
В	3	Виды биопсии в онкологии.
Э	-	Эксцизионная биопсия, инцизионная биопсия, аспирационная биопсия, пункционная биопсия, прицельная биопсия (punch-biopsy), мазок-отпечаток, петлевая биопсия, скарификационная биопсия.
Р2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
Р1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
Р0	-	Неверный ответ
В	4	Показания к экстренному оперативному вмешательству при раке печени с метастазированием в другие органы.

Э	-	Кровотечения вызванные распадом опухоли, гнойные процессы вызванные опухолевым распадом(перитонит, абсцессы). В редких случаях механическая желтуха, вызванная полным блоком желчевыводящих протоков опухолевой тканью или гематомой вследствие аррозии сосудов.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Предраковые заболевания печени.
Э	-	Хронические вирусные гепатиты, циррозы печени любой этиологии, полипы желчевыводящих протоков печени, кисты печени (одиночные, множественные).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°С, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.
В	1	Какое осложнение перелома ребер имеет место. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
Э	-	Пневмония. Необоснованно наложена давящая повязка (ограничивает экскурсию грудной клетки, снижается вентиляция лёгких → пневмония), также необходимо назначить средства снижающие вязкость мокроты (АЦЦ)
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
Э	-	Необходимо снять повязку, выполнить спирт-новокаиновую блокаду, назначить антибиотики, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию, отхаркивающие препараты.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Назовите классификацию травм груди.
Э	-	открытая, закрытая, проникающая, непроникающая, с повреждением или без повреждения внутренних органов.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
Э	-	межрёберная, паравerteбральная, вагосимпатическая блокада 3х точек (для этого больного межрёберная и паравerteбральная, желателен спирт-новокаиновая 1:10). Межрёберная – по нижнему краю соответствующего ребра 10-15мл 0,5% новокаина, паравerteбральная – в соответствующем сегменте на 3-4 см отступить от остистого отростка на глубину 4-5 см 10 мл 0,5% новокаина. По Вишневскому – при обширных повреждениях рудной клетки, но только с одной стороны. По заднему краю М стерноклеидомастоидеус ≈ в с/3 по направлению к позвоночнику, отступя от него назад 1 см 80 мл 0,25% новокаин.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.
Э	-	На догоспитальном этапе необходимо перевести в открытый (пункция). На госпитальном – дренаж по Бюлау, при неэффективности – оперативное лечение (ушивание). Остеосинтез ребер танталовой проволокой, подшивание к шине, фиксация пулевыми щипцами, ИВЛ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плече-

		вом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная под-держивает руку за локоть в приведенном положении.
В	1	Назовите вероятный диагноз повреждения. Дополнительные методы обследования?
Э	-	Вколоченный перелом хирургической шейки левого плеча. Rg в 2х проекциях (обязательно).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
Э	-	Вывих плеча, перелом ключицы, перелом головки плечевой кости, сгибательный перелом надмыщелков плеча, необходимо исключать повреждение магистральных сосудов, нервов.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Способ иммобилизации данного повреждения?
Э	-	Учитывая возраст больной и то, что перелом вколоченный можно рекомендовать косыночную повязку. У более молодых при вколоченном переломе – гипсовая иммобилизация по Турнеру (от здорового плеча до головок пястных костей больной руки).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Назовите классификацию и тактику лечения вывихов плеча в зависимости от давности травмы.
Э	-	До 3х дней свежий, 3 дня – 3 недели – несвежий, после 3 недель застарелый. Свежий – вправление под наркозом. Несвежий попытка вправления, при неудаче оперативное лечение. Застарелые – как, правило оперативное.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости. Укажите возможные осложнения при переломах плечевой кости.

Э	-	Консервативные (ручная репозиция, вытяжение на отводящей шине) Оперативное (экстра-, внеочаговый и интрамедулярный о/с). Повреждение сосудисто-нервного пучка.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.
В	1	Назовите диагноз повреждения.
Э	-	3 перелом левой лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Техника репозиции при данном виде повреждения.
Э	-	Рука на столе, т. о., чтобы кисть свисала, ассистент фиксирует руку за локтевой сгиб. Врач тянет по оси, придаёт сгибание и небольшое отведение в локтевую сторону. Гипсовая иммобилизация задней лонгетой до в/3 предплечья.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
Э	-	перелом венечного отростка и задний вывих предплечья.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Дайте классификацию повреждений данной области?
Э	-	Сгибательный, разгибательный, оскольчатый, вколоченный.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.

Э	-	При оскольчатом переломе луча в типичном месте при невозможности удержать отломки консервативным путём – ЧКДО или о/с спицами. При переломах и вывихах костей запястья (также трудно удержать после репозиции) – ЧКДО, при переломах пястных костей и фаланг – о/с спицей.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной П., 40 лет, упал на ноги с высоты 3-х метров. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, отведена и ротирована наружу. Под пупартовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Запирательный вывих правого бедра.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Классификация повреждений области тазобедренного сустава?
Э	-	Вывихи (запирательный, надлонный, подвздошный, седалищный). Переломы – медиальные (капитальный, субкапитальный, трансцервикальный, базальный) и латеральные (чрезвертельный, межвертельный, отрывы вертелов). Также абдукционные (вколоченные) и аддукционные.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Дополнительные методы обследования. Возможные осложнения этого повреждения?
Э	-	Rg в 2х проекциях. Ишемические осложнения.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Способы и сроки иммобилизации при данном повреждении?
Э	-	Иммобилизация гипсовой повязкой на месяц, либо вытяжение на месяц (отведение 30 градусов, за бугристость б/б кости, 3 кг), затем

		ходьба без нагрузки (костыли). Трудоспособность восстанавливается через 3 месяца.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Лечебные мероприятия при данном повреждении?
Э	-	Репозиция в экстренном порядке.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной А., 30 лет, сбит автомашиной. Доставлен ССМП без транспортной иммобилизации. Состояние тяжелое. Бледен. АД - 80/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Нога резко деформирована в верхней трети, определяется варусное искривление бедра. Здесь же по наружной поверхности бедра рана с рваными краями размерами 4X5 см, кровоточит. Пульс на артериях стопы сохранен, движения в пальцах стопы сохранены.
B	1	Назовите диагноз повреждения согласно классификации А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
Э	-	О перелом бедра в в/з. Травматический шок II (по Каплану – Марковой IIБ)
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Классификация повреждений бедренной кости?
Э	-	Переломы – медиальные (капитальный, субкапитальный, трансцервикальный, базальный) и латеральные (чрезвертельный, межвертельный, отрывы вертелов). Также абдукционные (вколоченные) и аддукционные, переломы дистального отдела делятся на внутрисуставные и внесуставные.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Назовите ошибки бригады скорой помощи?
Э	-	Необходима хорошая транспортная иммобилизация (отсутствие иммобилизации усугубило шок), Ас повязка, промедол.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону

		ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Назовите возможные поздние осложнения этого повреждения?
Э	-	Нагноение → остеомиелит, замедленная консолидация, ложный сустав.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Перечислите лечебные мероприятия в должной последовательности?
Э	-	противошоковая терапия – промедол, блокада, иммобилизация, инфузионная терапия б) при купировании шока – ПХО раны + ЧКДО, либо вытяжение за надмышечковую область (1/10 массы тела +2кг на 1 см смещения с последующим Rg - контролем.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 16 лет, при нырянии на мелком месте ударился головой о твердое дно реки. Извлечен из воды товарищами. Больной жалуется на потерю чувствительности и отсутствие движений в руках и ногах, а также на затрудненное дыхание
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Повреждение шейного отдела позвоночника. Тетрапарез, тетраанестезия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Положение больного при транспортировке в лечебное учреждение. Дополнительные методы обследования?
Э	-	положения лёжа на щите с фиксированной головой (специальные шины, шина Еланского) Rg в 2х проекциях, МРТ
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Лечебные мероприятия при данном повреждении?
Э	-	Показано оперативное лечение – ламинэктомия, ревизия спинного

		мозга, передний спондилодез.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Классификация повреждений позвоночника?
Э	-	Повреждение позвоночника (перелом остистых отростков, поперечных, тел – компрессионные, осколочные, взрывные, краевые, вертикальные и др, перелом дужек, зуба, вывихи, подвывихи, повреждение связочного аппарата, Осложнённые, неосложнённые Открытые, закрытые Стабильные, нестабильные.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Показания и виды оперативного лечения при переломах позвоночника?
Э	-	Оперативное лечение показано больным с нестабильными переломами, нарастающей неврологической клиникой.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевого пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови.
B	1	Поставьте предполагаемый диагноз. Назовите дополнительные методы исследования.
Э	-	Острый гнойный паротит. Обезвоживание, снижение секреции желез (атропин – премедикация), снижение защитных сил органи Перелом лобковых костей? Повреждение уретры. Rg в 2х проекциях, уретрография.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	2	Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы?
Э	-	оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Классификация переломов таза?
Э	-	Переломы костей, не участвующих в образовании тазового кольца: - отрывы остей подвздошных костей;- перелом крыла подвздошной кости;- перелом крестца;- перелом копчика Переломы костей без нарушения непрерывности тазового кольца: - одно или двусторонний перелом одной и той же седалищной или лобковой костей;- перелом лобковой кости с одной и седалищной с другой <u>Переломы с нарушением непрерывности:</u> а) переднего полукольца - одно или двусторонний перелом обоих лобковых костей;- перелом одной лобковой и седалищной с одной или двух сторон (по типу бабочки);- разрыв симфиза б) повреждение заднего полукольца - перелом подвздошной кости;- вертикальный перелом крестца;- разрыв крестцово-подвздошного сочленения в) комбинированные (переднего + заднего) - одно и двусторонний (Мальгени) перелом;- диагональные;- множественные <u>Переломы вертлужной впадины:</u> - отрыв заднего края;- перелом дна;- центральный вывих бедра.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Осложнения при переломах таза?
Э	-	Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Современные методы оперативного лечения переломов таза?
Э	-	При консервативном лечении – длительная иммобилизация → вторичные заболевания (н-р, пневмонии), у женщин может быть нарушение родовой функции (м/б сужение тазового кольца). Оперативное лечение – о/с пластинами и стержневыми аппаратами.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пострадавший Н., 30 лет, во время урагана был придавлен упавшим деревом. Тяжелым стволом были придавлены ноги пострадавшего. После помощи, оказанной пострадавшему на месте, он был доставлен в хирургическое отделение БСМП. На 3-й день после травмы пострадавшему были выполнены "лампасные" разрезы с рассечением фасций на двух бедрах и на левой голени. На 9-й день после травмы состояние пострадавшего тяжелое. Бессонница, тошнота. Пострадавший бледен, изо рта аммиачный запах. Температура 38,6 ⁰ С. Пульс 110 ударов в минуту. АД - 180/95. За последние сутки выделил 150 мл мутной, с коричневым оттенком мочи. В моче большое количество белка, эритроциты, почечный эпителий.
В	1	Поставьте диагноз..
Э	-	СДР обеих ног, ср ст тяжести.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какой период патологического процесса имеется у пострадавшего? Как можно охарактеризовать изменения со стороны почек?
Э	-	II-й, промежуточный (ОПН-основной признак), с 3 по 12 день. Олигурия
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	В чем должна заключаться первая медицинская помощь??
Э	-	Если конечности нежизнеспособны, то жгут выше сдавления, промедол, АБ, затем извлечение из-под дерева, иммобилизация, если конечность жизнеспособна, то тугое бинтование, холод, иммобилизация.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Каковы показания, цели и методы хирургического лечения у данной категории больных? Назовите возможные исходы и осложнения данного патологического процесса?
Э	-	Лампасные разрезы, ампутация конечности (при развитии ОПН по-

		казана только при присоединении инфекции). Выздоровление, контрактуры, ампутация, сепсис, летальный исход.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Цели и методы консервативного лечения (в том числе и экстракорпоральной детоксикации) в зависимости о стадии течения?
Э	-	Консервативная терапия; Восстановление ОЦК, профилактика ацидоза под контролем рН крови; Диуретики, дезинтоксикационная терапия Ингибиторы протеаз; Гепарин (под контролем свёртывания) Антибактериальная терапия Обезболивающие, седативные Всевозможные методы экстракорпоральной детоксикации.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ст. сержант Б, 30 лет, получил ожоги при пожаре на аэродроме. При поступлении через 3 часа в ОМО в первичной медицинской карте, заполненной в МПП стоит диагноз: Ожоги пламенем лица, правой руки, туловища площадью 20% (из них III-IV - 16%). При поступлении в ОМО состояние тяжелое, несколько возбужден. Жалуется на боли в области ожогов, одышку и сильную жажду. Вздрагивает от приступов озноба. Першение в горле, сухой кашель. Кожа лица отечна и гиперемирована. На щеках, подбородке и ушных раковинах пузыри, веки раскрываются с трудом, выражена гиперемия склер. На туловище спереди, на правой руке и левой кисти повязки, закрывающие ожоговую поверхность. Ожог лица густо смазан синтомициновой эмульсией и прикрыт марлей. Пульс 100 в 1 минуту, АД - 150/75. После травмы не мочился.
B	1	Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи этому пострадавшему?
Э	-	1ая медицинская (тушение одежды, промедол, АС повязка, АБ) МПБ (доврачебная) симптоматическая (рео, промедол, димедрол, кофеин), АБ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Каков должен быть объем помощи на МПП, в т.ч. при ожоге глаз?
Э	-	МПП (1ая врачебная), инфузионная терапия, ПСС, при ожогах глаз – дикаин + синтомициновая мазь за веки.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Куда и в какую очередь нужно направить раненого из МПП?
Э	-	В ГБФ (ожоговый госпиталь) во II очередь.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Дайте классификацию ожогов?
Э	-	I Покраснение, отёк II Пузыри с серозным содержимым IIIА Пузыри с геморрагическим содержимым, придатки кожи жизнеспособны IIIБ То же, придатки не жизнеспособны (необходима пересадка) IV п/к ткани
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Определение ожоговой болезни и ее периоды?
Э	-	Ожоговая болезнь – совокупность общих, местных, патологических и физиологических реакций, возникающие в ответ на ожоговую травму Ожоговый шок (до 72 ч) Ож. токсемия (до 8 дней) Ож. септикотоксемия (с 10-12 сут) Реконвалесценция
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль. При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

В	1	Каков ваш предварительный диагноз? Дифференциальная диагностика.
Э	-	ГЭРБ. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикул пищевода, ИБС, ЯБ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической классификации (Савари-Миллера)?
Э	-	II степень по Петровскому (Эрозии).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Сформулируйте полный клинический диагноз. Современные методы консервативной терапии.
Э	-	ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени тяжести. Нормализация образа жизни. Диета, антациды, венгер, H ₂ -блокаторы, блокаторы протонной помпы, церукал, мотилиум, цизаприд.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Показания к оперативному лечению?
Э	-	Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, стеноз.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Методы хирургического лечения данной патологии.
Э	-	Воссоздание угла Гиса, фундопликация. Можно сочетать с ваготомией и пилоропластикой.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в

		правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.
В	1	Сформулируйте полный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
Э	-	Ущемленная правосторонняя паховая грыжа. С <u>невправимой грыжей</u> (существует длительно, не сопровождается выраженной болью, отсутствует напряжение грыжевого выпячивания, нет резкой болезненности при пальпации и сохраняется кашлевой толчок, общее состояние больного не страдает). С <u>копростазом</u> при невправимой грыже (у пожилых, отсутствуют классические симптомы ущемления, нарастает постепенно без предшествующего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома, боль не такая интенсивная, задержка стула и газов, напряжение грыжевого мешка не выражено, «+» симптом кашлевого толчка). С <u>паховым лимфаденитом</u> (инфекция на стопе, голени, бедре или промежности, развивается постепенно, с лихорадкой, ознобом и т.д., контуры л/у более четкие, иногда пальпируется группа л/у). С <u>натечным абсцессом</u> (появляется в вертикальном положении и исчезает лежа, флюктуация, перкуторно — тупой звук). С <u>метастазами в паховые л/у</u> (л/у плотные, б/б, отсутствуют симптомы ОКН, +жалобы, анамнез, обследование).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какова хирургическая тактика при этом заболевании? Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.
Э	-	Срочная операция. Первоочередная задача — как можно более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа. Только после этого производят рассечение ущемляющего кольца и обследование ущемленного органа. Перед вскрытием грыжевого мешка рану надо изолировать от окружающих тканей салфетками, т.к. содержимое грыжевого мешка м.б. инфицировано. После устранения ущемления оценивается жизнеспособность органа. Петля кишки извлекается вместе с приводящей и отводящей петлями, помнить о ретроградном ущемлении. Если необходимо, то производят герниолапаротомию или дополнительную срединную лапаротомию.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	3	Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют. Какой вариант патологии имеется у больного?
Э	-	Ретроградное ущемление по Поля.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
Э	-	Необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю. Если она тоже жизнеспособна, то погружение кишки в брюшную полость, удаление грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот. Если нет — резекция ее и 30-40см приводящей и 15-20см отводящей петли кишки. Анастомоз (лучше «конец в конец»).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.
Э	-	I ^я профилактика: исключать стойкое ↑ внутрибр. давления. II ^я : плановое грыжесечение.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его. Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли. Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

В	1	Клинический диагноз?
Э	-	Гигантская послеоперационная вентральная грыжа.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дифференциальная диагностика? Причины появления данного заболевания?
Э	-	С опухолью. Нагноение послеоперационной раны (из-за небрежного гемостаза, грубого обращения с тканями во время операции и плохая защита раны от загрязнения, введение через рану тампонов и дренажей, нарушение правил асептики и т.д.). Эвентрация (стойкое повышение внутрибрюшного давления при кашле, рвоте, ранних физических нагрузках, парез кишечника при перитоните, технические погрешности при ушивании). Большая физ нагрузка.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Показания к оперативному лечению.
Э	-	Ущемление, травматизация, спаечная непроходимость, угрожающий разрыв (абсолютные); косметический дефект, быстрый рост, узкие ворота, нарушение пассажа пищи, желание пациента.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Современные методы хирургического лечения?
Э	-	Пластика аутокожей, аутофасцией, капроновой, проленовой или полипропиленовой сеткой. Используется ненатяжной метод. Можно сделать невосправляемую грыжу вправляемой и после экономного иссечения рубцов закрыть дефект аллотрансплантатом.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Ведение послеоперационного периода?
Э	-	Профилактика пареза кишечника. Бинтовать ноги, аспирин. Наблюдение. Следить за состоянием ССС и ДС, обезболить. Поднимают на 2-3 день. Ношение бандажа сроком до 1г. При необходимости — переливание жидкости, коррекция водно-солевого и КЩР. Витамины А, С, Д. ЛФК.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5 ⁰ С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительно-го наполнения. Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флуктуация.
В	1	Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
Э	-	Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбофлебит поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дальнейшая хирургическая тактика.
Э	-	Оперативное лечение (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомии).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Причины появления трофических язв на нижних конечностях?
Э	-	Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Дифференциальный диагноз.
Э	-	Рожа, флегмона подкожной клетчатки и др.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	5	Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.
Э	-	Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц. $2,6 \times 10^{12}$, Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5х1 см, из которого подтекает алая кровь.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери. Патогенез заболевания?
Э	-	Мэллори-Вейса, кровопотеря II-III степени. Рвота, повышение внутрижелудочного давления, перерастяжение пищевода – разрыв.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Тактика ведения больного?
Э	-	Нет. На ФГДС остановка кровотечения, диатермия, лазерная коагуляция, клеевые композиции, гемотрансфузионная и гемостатическая терапия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Показания к оперативному лечению?
Э	-	Продолжающееся кровотечение.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ

P0	-	Неверный ответ
В	4	Классификация кровопотери по степени тяжести?
Э	-	I степень до 500 мл, клиники может не быть, II степень до 1 литра, III – до 1,5 (30% ОЦК) Пульс до 120 АД < 100, IV – АД < 60 PS > 120.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза? Методики эндоскопического гемостаза?
Э	-	Возможно. См вопрос 2
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлоргидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	С-м Золингера – Эллисона.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие формы данной патологии существуют?
Э	-	Первый тип. (Гиперплазия G клеток антрального отдела желудка), II тип – опухоль или гиперплазия D клеток ПЖЖ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Дифференциальная диагностика.
Э	-	ЯБ, симптоматические язвы, разные типы Золингера- Эллисона.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Методы лечения данной патологии?
Э	-	II тип Гастроиннома – гастрэктомия, I тип – резекция антрального отдела желудка .
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Осложнения вызванные с-м Золингера-Эллисона?
Э	-	Кровотечения, малигнизация, гиповолеимия как следствие упорной диареи, стриктура пищевода.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Б-ой 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенс-и, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.
B	1	Укажите дальнейшие действия хирурга.
Э	-	Удаление аппендикса, удаление экссудата, санация брюшной полости, дренирование ложа отростка. Ушивание раны.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Проведите дифференциальную диагностику. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
Э	-	Перфоративная язва, почеч. колика, о.холецистит, о.панкреатит.

		Кохера, Мак – Бурнея, Щеткина, Воскресенского, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Образцова.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците? Назовите способы аппендэктомии.
Э	-	Неясность диагноза. Антеградная, ретроградная, лигатурный, кисетный, лапароскопический.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Методы дренирования брюшной полости?
Э	-	Пассивное, активное, проточно-промывное.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Осложнения острого аппендицита?
Э	-	Аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, перитонит (местный, диффузный, разлитой), флегмона забрюшинной клетчатки, нагноение раны.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительный симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

В	1	Предположительный диагноз?
Э	-	ОКН на фоне опухоли.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
Э	-	Боли схваткообразного характера, рвота, задержка стула и газов, симптом Обуховской больницы, вздутие живота, симптом Шланге (усиленная перистальтика на глаз), Кивуля (тимпанит с металлическим оттенком), затем парез кишечника, шум плеска...
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Укажите рентгенологический симптом?
Э	-	«Чаши Клойбера», арки тонкого кишечника, симптом Керкринга, симптом Кейси при контрастировании.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
Э	-	Перфорация приводящей петли.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Назовите хирургическую тактику? Какие операции выполняются при данной патологии?
Э	-	Лапаротомия, ревизия, резекция с выведением кишки. Гартмана, выведение кишки при неоперабельности
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась

		температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^3$ в 1 мкл.
В	1	Ваш предположительный диагноз?
Э	-	О. аппендицит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
Э	-	Пальцевое исследование прямой кишки (болезненность и инфильтрат ее передней стенки), измерение ректальной температуры (ножницы более чем на 1(воспаление в малом тазу), моча по Нечипоренко, УЗИ почек и мочевого пузыря, хромоцистоскопия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Показания к лапароскопии?
Э	-	При трудности диф. Диагностики.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	План обследования?
Э	-	Обязательный + УЗИ брюшной полости, почек, мочевого пузыря, анализ мочи по Нечипоренко.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Тактика хирурга?
Э	-	Наблюдение не более 24ч. За этот период либо исключение о. аппендицита, либо аппендэктомия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°C, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \cdot 10^3$ до $18,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	ЖКБ: обострение хронического калькулёзного холецистита.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Тактика лечения?
Э	-	Госпитализация в хирургическое отделение (при перитоните – экстренная операция), консервативная терапия: холод, голод и покой, спазмолитики, дезинтоксикация, блокада круглой связки, паранефральной, АБ, при неэффективности в течении 1-2 суток – срочная операция, при хорошем эффекте – отсроченная операция.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Дополнительные методы исследования в первые сутки с момента госпитализации?
Э	-	ОАК, ОАМ, Б/Х, УЗИ, в/в холангиография.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	План обследования?
Э	-	см п 3, если билирубины увеличены ФГДС с осмотром БДС, РХПГ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Современные методы лечения?
Э	-	Лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ

P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина в возрасте 47 лет жалуется на кожный зуд в течение последних 2 недель. Других жалоб у нее нет, аппетит N, уменьшения массы тела не отмечается. В возрасте 14 лет она перенесла аппендэктомию. За 2 месяца до появления данных жалоб приняла курс триметоприма-сульфаметоксазола по поводу инфекции мочевыводящего тракта. В семейном анамнезе отсут. указания на болезни печени. Пациентка не болела гепатитом, ей не вводились в/в лекарства, не проводились гемотрансфузии. Но б-ая длит. время была донором, последний раз сдавала кровь 6 мес назад. При объект.исслед.: небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках спине, груди. Л/узлы не изменены. Аускульт. картина легких без пат. изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реб. дуги на 8 см, край мягкий. Пальпируется нижний полюс селезенки в левой латеральной позиции. Живот мягкий, б/б. При ректальном исслед. пат. нет. Реакция Грегерсена слегка положительна. Периферические отеки отсутствуют. Данные лаб. обслед. больной: общий белок-85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 10, гемоглобин 121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128. Абдоминальная ультрасонография не выявила изменений размеров печени и дилатации желчных путей. Общий желчный проток 5 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Обнаружена небольшая спленомегалия. Поджелудочная железа и почки в норме. Ночью больная проснулась в 2 часа от боли в правом подреберье и тошноты. Данные объект.обслед.: у больной незначительно повышена температура (37,8), живот напряжен в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Данные лаб.обслед. б-ой: АсАт - 350 МЕ/л, АлАт - 265 МЕ/л, щелочная фосфатаза -1033 МЕ/л, общий билирубин 54 мг/л, лейкоциты крови - 12,5 10, гемоглобин 128 г/л, гематокрит 37,5%. В связи с подозрением на холестаз выполнено УЗИ, при котором диаметр общего желчного протока 1,5 см. Дистальный проток и головка поджелудочной железы не визуализированы из-за скопления в кишечнике газов.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	У больной цитолитический синдром (Увеличение АЛТ, АСТ, снижение альбуминов и ХС), холестатический синдром (увеличение б/б и ЩФ), спленомегалия с гиперспленизмом (мало клеток крови), в стационаре у больной возник приступ острого холецистита. Инкубационный период гепатита В 6 месяцев. В анамнезе больная сдавала кровь. Бисептол может способствовать появлению холестатической формы гепатита В. На УЗИ расширен холедох до 1,5 см + утолщена стенка ЖП (N 1-2мм) – холецистит, камень холедоха. DS: ЖКБ. Острый калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Вирусный гепатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону

		ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	Общеклинически белковые фракции, прямой и непрямой билирубин, ферменты, глюкоза, ХС, маркеры гепатитов, биопсия печени, РХПГ, ФГС (осмотр вен пищевода и БДС).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Лечебная тактика?
Э	-	Лечение гепатита (диета № 5, дезинтоксикация, покой, витамины В, С, гепатопротекторы, противовирусные – интерфероны), лечение ЖКБ. При неэффективности консервативной терапии – ПСТ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Необходимый объем консервативной терапии?
Э	-	Дезинтоксикационная, гепатопротекторная, противовирусное, десенсибилизирующая терапии.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Оперативное лечение?
Э	-	Холецистэктомия в плановом порядке. Спленэктомия в плановом порядке.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина в возрасте 53 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи, кожный зуд, желтушность склер, «белый» кал. За последние 4 мес приступ четвертый. В анамнезе- медработник, донор крови. При объективном исследовании выявляются небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках спине, груди. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги . Живот мягкий, болезненный в эпига-

		стрии и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Данные лабораторного обследования больной: общий белок-85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 10, гемоглобин 121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128.Абдоминальная ультрасонография .Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Поджелудочная железа и почки в норме. Сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	ЖКБ. Механическая желтуха (нет интоксикации, лейкоцитоза, лихорадки, клиника холестаза и холестатического гепатита). Необходимо исключить заболевание с механической желтухой (холедохолитиаз, калькулёзный холецистит, панкреатит, опухоли ПЖЖ, БДС, протоков, холангиты, рубцовые стриктуры).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	ФГДС, РХПГ, КТ, маркеры гепатитов, амилаза, диастаза.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Лечебная тактика?
Э	-	Госпитализация, антибиотики, спазмолитики, анальгетики.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Необходимый объем консервативной терапии?
Э	-	См п. 3, при необходимости противовирусная терапия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Оперативное лечение?
Э	-	В зависимости от этиологии заболевание, см п 1.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ

P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 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 100/60 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 имеютсяссадины 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. 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. При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу
В	1	Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
Э	-	Сочетанная травма: закрытая тупая травма груди и живота, внутрибрюшное кровотечение. Дифференциальная диагностика повреждений органов живота: разрыв полого органа, паренхиматозного, гемоперитонеум; повреждений органов груди: ушиб сердца, повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
Э	-	ЭКГ, обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Дальнейшая хирургическая тактика?
Э	-	Переход в лапаротомию, ревизия бр. полости (источник кровотечения).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	4	Что делать с излившейся в брюшную полость кровью? При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.
Э	-	Реинфузия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Окончательный клинический диагноз.
Э	-	Сочетанная закрытая травма груди и живота: перелом X ребра слева, множественные разрывы селезенки.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды. Подобные расстройства беспокоят около двух лет. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.
В	1	Поставьте полный клинический диагноз.
Э	-	ЖКБ: хронический холецистит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит. Язвенная болезнь в стадии ремиссии= триада Карвера
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие виды сочетанной взаимообусловленной патологии желудочно-кишечного тракта вы знаете?
Э	-	Холецистит+панкреатит, ЯБ+рефлюкс-эзофагит, ЯБ+панкреатит,

		ЯБ+колит, панкреатит+колит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы?
Э	-	Врождённая и приобретённая; скользящие – пищеводные, кардиальные, кардиофундальные, субтотальные, тотальные; параззофагальные – фундальные, антральные, кишечные, желудочно-кишечные и сальниковые.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	4	Показания к хирургическому лечению скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, методы хирургического лечения?
Э	-	Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, рубцовая стриктура, дисплазия. Методы: круроррафия, фундопликация по Ниссену, Тоуп.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Что такое симультанная операция? Какие варианты хирургической коррекции возможны у данной больной?
Э	-	Операция, выполняемая по поводу сочетанной патологии (холецистэктомия и удаление кисты яичника лапароскопическим методом) Лапароскопическая холецистэктомия и гастропексия. Холецистэктомия открытым способом, гастропексия + ваготомия с пилоропластикой.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние

		ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,80С, лейкоцитоз – 11,5х10 ⁹ /л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.
В	1	Ваш диагноз.
Э	-	Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дифференциальная диагностика.
Э	-	Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Хирургическая тактика.
Э	-	Лапаротомия, ревизия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемизованы, покрыты фибрином. Дальнейшие действия хирурга?
Э	-	Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Классификация закрытых повреждений живота?
Э	-	Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритроц. 4,1x10 ¹² , Hb 120 г/л, лейкоц. 7,3x10 ⁹ , СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.
В	1	Сформулируйте диагноз. Какое можно заподозрить?
Э	-	ЯБЖ, стадия обострения. Пенетрация, малигнизация.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
Э	-	I тип. (по Джонсону медиастральная язва, с пониженной кислотностью желудка III – препилдорическая или пилорическая с нормальной или повышенной секрецией, II – язва желудка + ЯБДПК). Преобладание снижения защитных свойств над повышением факторов агрессии (норм- или гипоацидное состояние).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.

		Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
Э	-	Гипореактивный тип, нормоацидный. Косвенно можно судить о количестве вырабатываемой HCl.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования? С чем связана резистентность к консервативной терапии?
Э	-	Да. Биопсия. Каллезная язва. Пенетрация
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному? Определите рациональный объем оперативного пособия
Э	-	Неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев. Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 3г; гигантские, каллезные язвы, подозрительные на малигнизацию; пенетрирующие. Резекция 2/3 желудка по Бильрот I.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 32 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадиируют, часто возникают ночью, натощак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения 2 раза в год (весна-осень), по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритроц. 4,9x10 ¹² , Hb 140 г/л, лейкоц. 6,3x10 ⁹ , СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадца-

		типерстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.
Э	-	ЯБДПК средней степени тяжести. Бульбит. Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки?
Э	-	Гиперакцидность (увеличение массы главных и обкладочных клеток, повышение чувствительности их к стимуляторам, ваготония, снижение эффективности «антрального кислотного тормоза», недостаточность «секретинного механизма»), нарушение моторики ЖКТ (быстрое опорожнение желудка, дуоденостаз) + НР.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?
Э	-	0,1% атропин – 1мл п/к. Проводится перед ваготомией с целью определения эффективности данной операции.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?
Э	-	Рентген с барием (дуоденостаз), реакция Греггера.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?
Э	-	Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 4-5л; пенетрирующие.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц. 2,8х10 ¹² , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
Э	-	ЯБЖ, желудочное кровотечение, кровопотеря II степени.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest?
Э	-	Форрест IБ (состоявшееся кровотечение, крупный сосуд в язве, умеренное количество кофейной гущи в желудке)
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Насколько велика вероятность рецидива кровотечения? Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
Э	-	40-50%. Обзорная рентгенография брюшной полости (м.б. перфорация)..
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону от-

		вет
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Тактика ведения больного?
Э	-	Восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, антациды, зонд в желудок, очистительная клизма, поддерживающая терапия, подготовка к операции.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)? Определите рациональный объем оперативного пособия.
Э	-	Срочном (отсроченном) ч/з 12-24ч. Резекция 2/3 желудка.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. 2,7x10 ¹² , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
Э	-	Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровотеря II степени.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону от-

		вет
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Назовите наиболее частые причины крупноузловатого цирроза печени.
Э	-	Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды) гепатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Тактика ведения больной?
Э	-	Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
Э	-	Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
Э	-	Если кровотечение не остановится, то в экстренном.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен

		и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритро. 4,8х10 ¹² , Нб 140 г/л, лейко. 12,3х10 ⁹ . Диастаза мочи 64 ЕД.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
Э	-	ЯБ. Перфорация. Перитонит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
Э	-	О. панкреатит, аппендицит, холецистит, странгуляционная КН, о. абдоминальный ишемический синдром.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар? Что такое «триада Мондора»?
Э	-	Мнимое благополучие (адаптация к агрессии, разведение HCl экссудатом). Язвенный анамнез, кинжальная боль, доскообразный живот
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Тактика ведения больного?
Э	-	Экстренная операция.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
Э	-	Отказ от операции. Холод на живот, зонд в желудок (постоянная аспирация), а/б, антациды.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищи, 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 эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц. 5,5х10 ¹² , Hb 180 г/л, лейкоц. 9,3х10 ⁹ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
Э	-	ЯБДПК. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Гастрогенная тетания средней степени тяжести.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	С чем связано развитие судорожного синдрома?
Э	-	Гипокалиемия, гипокальциемия, гипохлоремия, ацидоз, алкалоз.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Тактика ведения больного?
Э	-	Готовят к операции. Эвакуация содержимого и промывание желудка, коррекция нарушений, парентеральное питание, п/язвенная терапия, церукал.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
Э	-	Альбумин, 5% глюкоза + 4Ед нсулина, + KCL после восстановления диуреза, кристаллоидные и полиглюкины

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Чем определяется выбор объема операции при данной патологии. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.
Э	-	Степенью стеноза. Восстановление обменов, моторики ЖКТ, профилактики тромбэмболических осложнений.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонтальное положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Рс 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт ст, тахикардия до 90 в мин.
В	1	Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести пострезекционного синдрома.
Э	-	Состояние после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру, Демпинг синдром средней степени тяжести (увеличение ЧСС на 20, снижение веса на 10 кг).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Классификация пострезекционных синдромов?
Э	-	Нейрогуморальные (демпинг, гипогликемический, синдром приводящей петли функционального характера, постваготомический), связанные с адаптационными процессами в ЖКТ(рефлюкс эзофагит,

		нарушение функции культи желудка, кишечника, гепатобилиарной зоны, ПЖЖ), органические (пептическая язва анастомоза, озлокачествление).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	План обследования больного?
Э	-	РГ с барием, ФГДС, УЗИ, общеклинические исследования.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Тактика ведения больного?
Э	-	Плановое хирургическое лечение .
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Схема консервативного лечения больного. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
Э	-	Диета, препараты ↓ моторику(имодиум), ферменты, поливит., микроэлементы. Показано.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут
В	1	Ваш диагноз?

Э	-	Острая высокая механическая непроходимость кишечника (узел, заворот?).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дифференциальная диагностика?
Э	-	Исключить другие виды непроходимости
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Классификация представленной патологии.
Э	-	Механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная (инвагинация). Динамическая: паралитическая, спастическая. Врожденная, приобретенная. Высокая, низкая. Острая и хроническая.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Тактика лечения?
Э	-	Операция.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Методы консервативной терапии и оперативного лечения?
Э	-	Удаление желудочного содержимого, сифонная клизма, инфузионная терапия, АБ. Не более 2 часов. Хирургическое лечение в зависимости от вида непроходимости (рассечение спаек, резекция кишки).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «пере-

		кошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотно-эластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Острая механическая кишечная непроходимость (опухоль).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Дифференциальная диагностика?
Э	-	С другими видами непроходимости.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Классификация представленной патологии?
Э	-	Механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная (инвагинация). Динамическая: паралитическая, спастическая. Врожденная, приобретенная. Высокая, низкая. Острая и хроническая.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Возможные причины данного состояния?
Э	-	Опухоль, копролиты, клубок аскарид, инородное тело.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Методы консервативной терапии и оперативного лечения?
Э	-	Опорожнение желудка и кишечника, сифонная клизма, инфузионная терапия, АБ, дезинтоксикация. Хирургическое лечение в зависимости от вида непроходимости (рассечение спаек, резекция кишки).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной в возрасте 56 лет жалуется на потерю массы тела (14,5 кг за 8 мес), кашицеобразный стул. На момент осмотра болей в животе нет, но из анамнеза известно, что два месяца назад больной отмечал боли в животе, иррадиирующие в спину. Такие боли продолжительностью примерно 7 дней последние 5 лет бывали у него регулярно 2 раза в год. Стул обычно кашицеобразный, иногда жирный. В период болей лихорадки и озноба не было. Аппетит хороший. Несколько лет назад у него было диагностировано нарушение толерантности к глюкозе. Аллергологический анамнез спокойный. Лекарств постоянно не принимает. Обычно он выпивает стакан вина ежедневно. Больной несколько гипотрофичен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Обследование сердца и легких изменений не выявило. При пальпации живот мягкий, не вздут. Печень слегка увеличена, край гладкий. Селезенка не пальпируется. Ректальное исследование без патологии. Тест на скрытую кровь отрицательный. Данные лабораторных исследований. Глюкоза крови 6,2 ммоль/л, АсАт - 80 МЕ/л, АлАТ - 200 МЕ/л, билирубин в норме, амилаза сыворотки крови 42 мг/кр/ч., альбумин 30 г/л, гемоглобин - 130 г/л. При УЗИ печени выявлено, что эхогенность диффузно изменена. Поджелудочная железа с уплотненной структурой. Характер изменения протоков при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии - чередование расширений и сужений протоков (симптом «бус»)
В	1	Ваш диагноз.
Э	-	Хронический панкреатит, склерозирующая форма, средней степени тяжести, обострение (обострение 2 раза в год, похудание, стеаторея) нарушение толерантности к глюкозе. Реактивный гепатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	КТ, амилаза, диастаза, Rg брюшной полости.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Лечебная тактика?
Э	-	Госпитализация. Диета, ферменты, спазмолитики, анальгетики, при обострениях – как острый панкреатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Необходимый объем консервативной терапии?
Э	-	Диета, ферменты, спазмолитики, анальгетики, при обострениях – как острый панкреатит.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	5	Показания к оперативному лечению?
Э	-	Оперативное лечение по показаниям – непроходимость ДПК, кисты ПЖЖ (марсупиализация, внутреннее дренирование), вирсунголитиаз, выраженный болевой синдром (перинервэктомия), желтуха.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч. При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутрипеченочный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Опухоль головки ПЖ. Механическая желтуха.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	РГ грудной клетки (метастазы), опухолевые маркеры, ФГДС, УЗИ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
B	3	Лечебная тактика?

Э	-	Консервативная терапия, обследование больного, в случае операбельности – ПДР.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Необходимый объем консервативной терапии?
Э	-	Инфузионная, дезинтоксикационная терапия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Оперативное лечение?
Э	-	ПДР.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Г., 35 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии, интенсивные, сопровождаются тошнотой в течение последних двух мес. Боли возникают через 20-40 мин после еды. Из-за выраженного болевого синдрома имеется боязнь приема пищи, больной за последние 2 мес похудел на 18 кг. Злоупотребляет алкоголем. При объективном исследовании : пониженного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в эпигастрии. Определяется напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии. Перистальтические шумы обычные. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. При УЗИ печень уплотнена, несколько увеличена в размере, в проекции головки поджелудочной железы определяется жидкостное полостное образование диаметром до 5 см, при исследовании в динамике размеры образования изменяются. Желчевыводящие пути без патологии. При РХПГ контрастирован нерасширенный Вирсунгов проток, киста головки поджелудочной железы 5 см в диаметре. При фиброгастроуденоскопии явления гастродуоденита. Диастаза мочи на высоте приступа 256 ЕД.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Хронический панкреатит в стадии обострения. Киста ПЖЖ, гастродуоденит. Алкогольный гепатит.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону от-

		вет
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Необходимые дополнительные методы исследования?
Э	-	ОАК, ОАМ, Б/Х, ФГДС, КТ.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Лечебная тактика.
Э	-	Диета, ферменты, спазмолитики, десенсибилизирующая, анальгетики, дезинтоксикационная терапия при обострении – сандостатин.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Необходимый объем консервативной терапии.
Э	-	См пункт 3.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Оперативное лечение.
Э	-	Внутреннее дренирование кисты с петлёй кишки, выключенной по Ру. Истинную кисту лучше удалить.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД — 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.
В	1	О каком осложнении можно думать?
Э	-	О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
Э	-	Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Оцените состояние водно — электролитного обмена.
Э	-	Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какие ожидаются изменения гематокрита, показатели азотистого обмена, относительной плотности мочи?
Э	-	Увеличение всех показателей: гематокрита — за счет сгущения крови, относительной плотности мочи — за счет олигурии и повышенной реабсорбции, повышение показателей азотистого обмена.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Тактика лечения?
Э	-	Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых и белки содержащих растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови, промывание желудка по вечерам.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД — 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: эритроциты 4.0?10 ¹² /л, Hb — 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

В	1	Какое осложнение развилось у больного?
Э	-	Кровотечение из язвы 12-й перстной кишки.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	С чем связано исчезновение болей?
Э	-	С тем, что соляная кислота связывается с кровью.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
Э	-	Еще не наступила фаза гемодилюции.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какой кал будет через 1-2 суток?
Э	-	Мелена.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Как подтвердить диагноз?
Э	-	Срочная ФГДС.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. Госпитализирована в инфекционную больницу, где заподозрен диагноз острой кишечной инфекции, начата терапия. Улучшение состояния не наступило. Направлена на консультацию хирурга. Состояние средней степени тяжести. Ps — 88 В 1 мин., АД — 130/80 мм рт. ст. В

		правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование размерами 8,0?8,0?6,0 см плотно — эластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лейкоциты крови — 12,0?109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Больная госпитализирована в хирургическое отделение, назначены анальгетики, антибактериальная терапия. Ночью остро возникли интенсивные боли по всему животу. При осмотре — живот резко болезненный и напряжённый во всех отделах, положителен симптом Щёткина — Блюмберга.
В	1	Ваш диагноз?
Э	-	Острый деструктивный аппендицит, аппендикулярный абсцесс с прорывом в свободную брюшную полость.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Какие ошибки допущены врачом инфекционистом?
Э	-	Плохо собран анамнез заболевания, не осуществлена консультация хирурга.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Какие диагностические ошибки совершены хирургом?
Э	-	При поступлении не выполнено УЗИ брюшной полости, не проведена компьютерная томография.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Какие тактические ошибки допущены хирургом?
Э	-	В случае постановки диагноза аппендикулярного абсцесса пациентке показано оперативное лечение в экстренном порядке — вскрытие и дренирование абсцесса внебрюшинно.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Какую тактику лечения необходимо избрать?
Э	-	Оперативное лечение.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Строитель П., 32 лет, поступил в БСМП через 5 часов после травмы. Во время строительных работ упал с высоты 4-х метров. Ударился затылком о камни, терял сознание, на какой срок не знает. В БСМП доставлен сидя. В сознании, но заторможен. При поступлении была рвота. На вопросы отвечает не сразу и односложно, жалобы на сильную головную боль, особенно при взгляде на свет. Пульс 48 в 1 минуту, анизокория: D>S. Левросторонний гемипарез. В правой теменной области припухлость, но повреждения костей не определяется.
В	1	Каков должен быть объем доврачебной помощи пострадавшему?
Э	-	Положение с приподнятым головным концом, голова повернута на бок, для профилактики аспирации рвотных масс, при потере сознания – фиксация языка, симптоматическая терапия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Чем объясните брадикардию?
Э	-	т. н. «мозговой пульс» - брадикардия
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Классификация ЧМТ
Э	-	Сотрясение Ушиб (I, II, III) Сдавление
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Объем помощи пострадавшему бригадой СМП.
Э	-	Димедрол, MgSO ₄ , кофеин, при западении языка – воздуховод, экстренная госпитализация.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Показания к трепанации?
Э	-	Нарастания внутримозговой гематомы. Гематомы больших размеров, сдавливающие структуры головного мозга. Проникающие ранения головного мозга. Вдавленные переломы костей свода черепа.

P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Полицейский Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь наложили жгут в средней трети плеча, используя для этого кусок шпата. Попутной машиной раненый был доставлен в БСМП. При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. Раненая рука подвешена на поясном ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.
В	1	Правильно ли был выбран материал для импровизированного жгута? Какие дефекты были допущены при наложении жгута?
Э	-	Лучше использовать более широкий и эластичный материал. Необходимо накладывать на несколько туров бинта, выше места повреждения, указать время наложения, кто наложил.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Способы временной и окончательной остановки кровотечения?
Э	-	Временные (жгут, прижатие пальцем, давящая повязка, зажим на сосуд, форсированное сгибание). Окончательная (лигатура, прошивание, перевязка на протяжении, боковой сосудистый шов, протезирование сосуда, пластика аутовеной, физические методы остановки (диатермокоагуляция, лазер и др).
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Этапы первичной хирургической обработки ран?
Э	-	Рассечение, иссечение, ревизия, гемостаз и восстановление анатомических соотношений.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	Показания к наложению на рану первичных швов?

Э	-	Радикальная ХО, возможность наблюдать больного, швы кожи лица.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	В каких случаях на рану накладываются первичноотсроченные и вторичные швы?
Э	-	накладывается на рану без признаков инфекции на 6-7е сутки. Вторичные на рану после стихания инфекционного процесса.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Грузчик З., 30 лет, был придавлен бортом автомашины к забору. Сдавление пришлось на верхнюю часть живота. Кратковременно терял сознание. По возвращении сознания почувствовал резкое затруднение дыхания и боли в животе. Диагноз СМП: "Ушиб и сдавление живота. Шок." Доставлен в БСМП через 2 часа после травмы. При поступлении состояние пострадавшего тяжелое, лежит на боку с поджатыми к животу ногами, бледен и безучастен к окружающему. Живот несколько вздут, умеренно напряжен, пальпация болезненна по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмерга положителен. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
В	1	Достаточно ли точен диагноз СМП?
Э	-	Нет, необходимо добавит внутрибрюшное кровотечение.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи?
Э	-	обезболивающая и симптоматическая терапия по показаниям.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Следует ли оперировать пострадавшего или следует проводить противошоковую терапию?
Э	-	Необходимо оперировать, т. к. продолжается кровотечение.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ

P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	4	На операции обнаружен разрыв печени и селезенки - как Вы поступите?
Э	-	Спленэктомия и ушивание ран печени
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Что Вы сделаете с кровью, излившейся в брюшную полость?
Э	-	Реинфузию.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание - 70° , разгибание - 0° , отведение - 15° , приведение - 15° , наружная ротация - 0° , внутренняя - 0° .
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Асептический некроз головки бедренной кости справа.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	2	Укажите дополнительные методы обследования.
Э	-	Rg. МРТ, измерения ВКД, термография, флебография.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	3	Консервативное лечение ДДЗС?
Э	-	Разгрузка, обезболивающая, нитроглицерин в/в, артепарон, румалон, лазер п/в, обезболивающая терапия.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

В	4	Оперативное лечение ДДЗС?
Э	-	Тоннелизация, межвертельная остеотомия, ротационная остеотомия, костнопластическая (Шаиро – пересадка мышечно-сосудистого лоскута), Имплантация нижней надчревной артерии, артродез, эндопротезирование.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ
В	5	Осложнения связанные с лечением ДДЗС? Механизм ульцерогенного действия НПВС?
Э	-	Острые медикаментозные язвы, кровотечение. Ингибирование ЦОГ-2, как следствие – снижение уровня простагландинов.
P2	-	Развернутый, правильный, полностью соответствующий эталону ответ
P1	-	Неполный, частично соответствующий эталону ответ
P0	-	Неверный ответ

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения ординаторами материала, предусмотренного ОПОП.

Оценивание обучающегося на государственной итоговой аттестации

Оценка	Требования к знаниям
5, «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.
4, «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью преподавателя.
3, «удовлетворительно»	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно.

2, «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.
--------------------------	--

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

6.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место из- дания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1.	Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские национальные рекомендации	Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Кириенко, Н. Н. Хачатурян	М.: МИА, 2018. – 168 с.	5	–
2.	Неотложная абдоминальная хирургия: методическое руководство для практикующего врача	Под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, А. В. Сажина	М.: МИА, 2018. – 488 с.	20	1
3.	Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие	А. А. Глухов и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с.	3	–
4.	Хирургические болезни: учебник	Под редакцией М. И. Кузина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 992 с.	1	–
5.	Хирургические болезни: в 2-х т., т. 1: учебник	Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 720 с.	150	5
6.	Хирургические болезни: в 2-х т., т. 2: учебник	Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 688 с.	150	5
7.	Военно-полевая хирургия: учебник	Под ред. Е. К. Гуманенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 768 с.	120	–
8.	Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах: учеб. пособие	М. А. Лагун, Б. С. Харитонов, под общ. ред. С. В. Вертянкина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 436 с.	1	–
9.	Общая хирургия:	В. К. Гостищев	М.: ГЭОТАР-	261	6

	учебник		Медиа, 2016. – 736 с.		
10.	Общая хирургия: учебник	С. В. Петров	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 832 с.	88	–
11.	Современные хирургические инструменты: справочник	С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 144 с.	20	–
12.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	А. В. Николаев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 736 с.	50	2
13.	Хирургия печени. Оперативная техника и миниинвазивные технологии: руководство для врачей	Под ред. О. Г. Скипенко	М.: МИА, 2016. – 304 с.	3	–
14.	Алгоритмы оперативных доступов	А. А. Воробьев и др.	СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2015. – 272 с.	5	–
15.	Оперативная хирургия: учебное пособие по мануальным навыкам	Под ред. А. А. Воробьева	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 688 с.	60	–
16.	Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие	В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 156 с.	1	–
17.	Лекции по темам дисциплины	Мануйлов А. М., Сахно В. Д., Андреев А. В., Хубиева Ф. У., Пахилина А. Н., Кирпичев А. А., Потемин С. Н., Мамелов Ю. И., Басин Е. Е., Кулиш В. А.	Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС, 2019.	–	электронные пособия

6.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				В библиотеке	На кафедре
1.	Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник для студентов медицинских вузов	Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий	М.: МИА, 2013. – 736 с.	4	–
2.	Тактические подходы при острых хирургических	Под ред. А. Е. Борисова, В. П. Акимова	СПб.: изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечни-	1	–

	ческих заболеваниях живота и груди: монография		кова, 2013. – 388 с.		
3.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник	В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 645 с.	2	–
4.	Искусственное лечебное питание в многопрофильном хирургическом стационаре	Г. Н. Щербакова, А. А. Рагимов, В. В. Никода	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 125 с.	1	–
5.	Амбулаторная хирургия	Под редакцией А. Б. Белевитина, В. В. Воробьева	СПб.: Гиппократ, 2011. – 712 с.	1	–
6.	Анестезиология. Национальное руководство	А. А. Бунатян	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1128 с.	2	–
7.	Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика	Под ред. В. В. Митькова	М.: Видар-М, 2011. – 698 с.	1	1
8.	Справочник по гастроэнтерологии	В. Т. Ивашкин	М.: МИА, 2011. – 472 с.	3	–
9.	Клиническая хирургия. Национальное руководство + CD: в 3-х томах	Под редакцией В. С. Савельева, А. И. Кириенко	М.: ГЭОТАР-Медиа Т.1. – М., 2008. – 864 с.; Т.2 – М., 2009. – 832 с.; Т.3 – М., 2010. – 1008 с.	6	1
10.	Общая хирургия: учебник	С. В. Петров	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 768 с.	15	–
11.	Школа неотложной хирургической практики: учеб. пособ. для системы послевуз. проф. образов. врачей	А. И. Ковалев, Ю. Т. Цуканов	М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. – 744 с.	100	3
12.	Эндокринная хирургия	С. С. Харнас, Л. И. Ипполитов, И. А. Васильев и др. / под ред. С. С. Харнаса	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 496 с.	2	–
13.	Атлас операций на органах брюшной полости	В. В. Жебровский	М.: МИА, 2009. – 464 с.	2	–
14.	Интенсивная	Б. Р. Гельфанд,	М.: ГЭОТАР-	2	–

	терапия. Национальное руководство (в 2-х томах)	А. И. Салтанов	Медиа, 2009 Т. 1. – М., 2009. – 956 с.; Т. 2 – М., 2009. – 784 с.		
15.	Общая хирургия. Курс лекций: учебное пособие	Ковалев А. И.	М.: МИА, 2009. – 648 с.	1	1

6.3. Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.

1. Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы (<http://общество-хирургов.рф>);
2. Сайты Высших учебных медицинских учреждений (<http://www.rmapo.ru/>);
3. Электронные медицинские библиотеки (<http://www.studentlibrary.ru/>, www.elibrary.rsl.ru/).

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для обеспечения государственной итоговой аттестации кафедра располагает техническими средствами:

Наименование	Количество
Ноутбук ASUS F6E	2
Ноутбук Dell Inspiron 1501	1
Ноутбук Lenovo IdeaPad B5030	1
Ноутбук Fujitsu Lifebook AH530	1
Ноутбук Toshiba Satellite A350-20J	1