

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

УТВЕРЖАЮ
Проректор по учебной работе
Валитов И. А.



2023 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Симуляционные образовательные технологии в хирургии

Разработчик	<u>Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО</u> <i>Наименование кафедры</i>
Специальность	<u>30.05.02 Медицинская биофизика</u> <i>Код и наименование</i>
Наименование ООП	<u>30.05.02 Медицинская биофизика</u> <i>Код и наименование</i>
Квалификация	<u>Врач - биофизик</u>
ФГОС ВО	<u>утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 13.08.2020 № 1002</u>

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 30.05.02 Медицинская биофизика, изучивших дисциплину «Симуляционные образовательные технологии в хирургии».

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины «Симуляционные образовательные технологии в хирургии» является оценка достижения обучающимися результатов обучения.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине «Симуляционные образовательные технологии в хирургии»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/Направление подготовки	Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО
3.	Автор-разработчик	Костина Ю.В.
4.	Наименование дисциплины	Симуляционные образовательные технологии в хирургии
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	72 часов / 2,0 ЗЕ
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Симуляционные образовательные технологии в хирургии»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	150
8.	Количество заданий	50
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%

11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	60 минут
14.	Вопросы к аттестации	70
15.	Задачи	50

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

(Для ФГОС 3++)

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции
УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	<p>УК-1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.</p> <p>УК-1.2. Осуществляет поиск вариантов решения поставленной проблемной ситуации на основе доступных источников информации.</p> <p>УК-1.3. Разрабатывает стратегию достижения поставленной цели как последовательность шагов, предвидя результат каждого из них и оценивая их влияние на внешнее окружение планируемой деятельности и на взаимоотношения участников этой деятельности.</p>
ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований	<p>ОПК-2.1. Использует знания о морфофункциональных особенностях, физиологических состояниях и патологических процессов в организме человека</p> <p>ОПК-2.2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ОПК-2.3. Создает модели патологических состояний in vivo и in vitro</p>
ПК-3. Оценка состояния пациентов,	ПК-3.1. Выявляет состояния, требующие

<p>требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ПК-3.1. Собирает анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализирует полученную от пациентов (их законных представителей) информацию.</p> <p>ПК-3.2. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.</p>
--	---

Задания

Код контролируемой компетенции

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Тестовые вопросы		Правильные ответы
Выберите один правильный ответ			
1	УК-1/УК-1.1	УПРАВЛЯЕМЫЙ ГАСТРОСКОП ИЗОБРЕЛ: а) Мелтзинг б) Келлинг в) Розенхейм г) Берси	б
2	УК-1/УК-1.2	ГАСТРОСКОПИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫПОЛНЕНА: а) Боссини в 1795 г б) Сегалс в 1826 г в) Дезормо в 1853 г г) Куссмауль в 1868	г
3	УК-1/УК-1.3	АППАРАТ ШИНДЛЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:	б

		<p>а) Металлическую трубку с гибким obturatorом</p> <p>б) Полугибкий линзовый гастроскоп</p> <p>в) Жесткий гастроскоп с электрическим освещением</p> <p>г) Полугибкий гастроскоп с управляемым дистальным концом</p>	
4	УК-1/УК-1.1	<p>ОПЕРАЦИОННЫЙ ГАСТРОСКОП ВПЕРВЫЕ СОЗДАЛ:</p> <p>а) Шиндлер в 1932 г</p> <p>б) Хеннинг в 1939 г</p> <p>в) Тейлор в 1941 г</p> <p>г) Бенедикт в 1948 г</p>	г
5	УК-1/УК-1.2	<p>К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДИВЕРТИКУЛИТ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) характеристики тонуса кишки в области поражения</p> <p>б) протяженности участка поражения</p> <p>в) характеристики размеров суженного участка кишки в динамике</p> <p>г) наличия или отсутствия дивертикулов в области сужения</p>	г
6	УК-1/УК-1.3	<p>ГИБКИЙ ГАСТРОСКОП ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ:</p> <p>а) Уи</p> <p>б) Бенедикт</p> <p>в) Хеннинг</p> <p>г) Гиршовиц</p>	г
7	УК-1/УК-1.1	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ПЛАНОВОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) Для определения источников кровотечения</p> <p>б) Для оценки эффективности лечения</p> <p>в) Для установления локализации процесса</p> <p>г) Для установления диагноза</p>	а
8	УК-1/УК-1.1	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ЭКСТРЕННОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) Желудочно-кишечное кровотечение</p> <p>б) Инородное тело</p> <p>в) Перфоративная язва</p> <p>г) На операционном столе</p>	в
9	УК-1/УК-1.2	<p>АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПЛАНОВОЙ ЭЗОФАГО-ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) Инфаркта миокарда</p> <p>б) Гемофилии</p> <p>в) Сердечно-сосудистой недостаточности III степени</p> <p>г) Психических заболеваний</p>	г
10	УК-1/УК-1.3	<p>ДЛЯ МАРКИРОВКИ МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ</p>	б

		УДАЛЕННОГО ПОЛИПА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: а) Бриллиантовая зелень б) Раствор туши в) Индигокармин г) Метиленовый синий	
11	УК-1/УК-1.1	ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ И МАРКИРОВКУ ГРАНИЦ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПЕРЕД ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ НИЖЕ ОПЕРАЦИЯМИ, ИСКЛЮЧАЯ: а) Резекцию 2/3 желудка б) Антрумэктомию в) Антрумэктомию с ваготомией г) Селективную проксимальную ваготомию	а
12	УК-1/УК-1.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СЛУЖАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а) Недостаточности швов анастомоза б) Несостоятельности анастомоза с явлениями перитонита в) Стенозирующих опухолей пищевода, желудка и 12- перстной кишки с выраженными нарушениями пассажа пищи г) Резко выраженного рубцового стеноза гастро- энтероанастомоза	б
13	УК-1/УК-1.3	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ СЛУЖИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ: а) Несостоятельность анастомозов с явлениями перитонита б) Повреждение стенки полого органа с явлениями перитонита в) Повреждение стенки полого органа с развитием гнойного плеврита г) У больных после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза	г
14	УК-1/УК-1.1	ПЕРЕД КОЛОНОСКОПИЕЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ: а) Обзорную рентгенографию брюшной полости б) Ирригоскопию в) Пассаж бария по кишечнику г) Ректороманоскопию	г
15	УК-1/УК-1.2	В ОТНОШЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРАВИЛЬНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а) Колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки б) Колоноскопия выполняется после проведения	б

		<p>ирригоскопии</p> <p>в) Колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки</p> <p>г) Колоноскопия является самостоятельным методом исследования</p>	
16	УК-1/УК-1.1	<p>КОЛОНОСКОПИЯ НЕ ПОКАЗАНА:</p> <p>а) При анемии</p> <p>б) При раке яичника</p> <p>в) При полипе желудка</p> <p>г) При дизентерии</p>	г
17	УК-1/УК-1.2	<p>ОСМОТР ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН:</p> <p>а) При неспецифическом язвенном колите</p> <p>б) При диффузном полипозе толстой кишки</p> <p>в) При неустановленном источнике кишечного кровотечения</p> <p>г) При всех перечисленных заболеваниях</p>	г
18	УК-1/УК-1.3	<p>ПРИ ЭКСТРЕННОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ:</p> <p>а) Ректороманоскопии</p> <p>б) Ирригоскопии</p> <p>в) Селективной ангиографии</p> <p>г) Диагностической колоноскопии</p>	б
19	УК-1/УК-1.1	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ВЫПОЛНЕНИЮ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ КОНТРАСТОГРАФИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:</p> <p>а) Выяснения природы сужения толстой кишки</p> <p>б) Уточнения протяженности сужения</p> <p>в) Изучения тонко-толстокишечных анастомозов</p> <p>г) Уточнения характера ранее выполненной операции на толстой кишке</p>	г
20	УК-1/УК-1.1	<p>ПОКАЗАНИЯМИ К ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а) Дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом</p> <p>б) Кишечное кровотечение с неустановленным источником</p> <p>в) Неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением</p> <p>г) Болезнь Крона в фазе стриктурирования</p>	б
21	УК-1/УК-1.2	<p>К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ, СВЯЗАННЫМ С ПОДГОТОВКОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ИССЛЕДОВАНИЮ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:</p> <p>а) Заворота толстой кишки</p> <p>б) Гиповолемии</p>	а

		в) Дегидратации г) Инфаркта миокарда		
22	УК-1/УК-1.3	ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПОКАЗАНА: а) При подозрении на паразитарную кисту печени б) При подозрении на хронический активный гепатит в) При метастазах печени г) При подозрении на склерокистоз яичников	б	
23	УК-1/УК-1.1	АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА: а) Дермоид яичников б) Сифилис печени в) Лимфому селезенки г) Гемангиому печени	г	
24	УК-1/УК-1.2	ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ, Д НЕОБХОДИМО: а) Удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю б) Пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6 в) Остановить кровотечение из пункционной раны печени г) Коагулировать пункционную рану печени	а	
25	УК-1/УК-1.3	ПОКАЗАНИЕМ К ЩИПЦЕВОЙ БИОПСИИ ВО ВРЕМЯ БРОНХОФИБРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Отек слизистой оболочки бронха б) Гнойный секрет в устье бронха в) Гемангиома г) Центральный рак легкого	г	
26	УК-1/УК-1.1	ОСЛОЖНЕНИЕМ ЩИПЦЕВОЙ БИОПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:_____	Кровотечение	
27	УК-1/УК-1.1	ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ПОКАЗАНА:_____	Щипцевая биопсия под рентгеноло- гическим контролем	
28	УК-1/УК-1.2	ПЕРВЫМ ПРИМЕНИЛ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ОСМОТР ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:_____	Д.О.Отт 1901 г	в
29	УК-1/УК-1.3	ВПЕРВЫЕ ПРИМЕНИЛ ЦВЕТНЫЕ РИСУНКИ ДЛЯ ИЛЛЮСТРАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ:_____	Корбш 1922 г	в
30	УК-1/УК-1.1	В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВНЕДРИЛ:_____	Якобеус 1910 г	в
31	УК-1/УК-1.2	ОПТИЧЕСКИЙ ПРИБОР ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ	Келлинг	в

		ЛАПАРОСКОПИИ ПРИМЕНИЛ: _____	ВПЕРВЫЕ 1901 г
32	УК-1/УК-1.3	СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЛАПАРОСКОП С ОПТИКОЙ И ОСВЕЩЕНИЕМ СКОНСТРУИРОВАЛ: _____	Кальк в 1929 г
33	УК-1/УК-1.1	ПЕРВЫМ ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЕНЫХ ОПУБЛИКОВАЛ МОНОГРАФИЮ ПО ЛАПАРОСКОПИИ: _____	А.С.Орловски й в 1937 г
34	УК-1/УК-1.2	ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ МОЖНО УСТАНОВИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: _____	Морфологиче ской структуры опухоли
35	УК-1/УК-1.3	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Дивертикулит ы 12- перстной кишки
36	УК-1/УК-1.1	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПЛАНОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Выяснения причины острой кишечной непроходимос ти
37	УК-1/УК-1.2	ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Желтухи неясного генеза
38	УК-1/УК-1.3	ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ: _____	Синдрома Алена - Мастерса
39	УК-1/УК-1.1	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СЛУЧАЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Алкогольного опьянения
40	УК-1/УК-1.2	ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Поликистоз яичников
41	УК-1/УК-1.3	ПЛАНОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ: _____	Папиллярных серозных кистом яичников
42	УК-1/УК-1.1	УРГЕНТНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Субкапсулярн ых гематом печени
43	УК-1/УК-1.2	ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ,	Лимфаденит брыжейки

		ИСКЛЮЧАЯ: _____	кишки
44	УК-1/УК-1.3	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ: _____	Тромбоз печеночных вен
45	УК-1/УК-1.1	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОМЕНТАХ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Рентгенологически установленный диагностический желчный пузырь
46	УК-1/УК-1.2	ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ПОКАЗАНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Дифференцирование видов холангита
47	УК-1/УК-1.3	ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ПЛАНОВОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ: _____	Накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости
48	УК-1/УК-1.1	ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К ЭКСТРЕННОЙ ЛАПАРОСКОПИИ, КРОМЕ: _____	Дать выпить метиленовый синий
49	УК-1/УК-1.2	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ОРИЕНТИР ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ПУНКЦИОННАЯ ИГЛА ПРОВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	Над лобком по белой линии живота
50	УК-1/УК-1.1	КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И НАЛОЖЕНИИ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА: _____	Иглодержатель

Код контролируемой компетенции

ОПК-2. Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

51	ОПК-2/ОПК-2.1	КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИИ:	Окончатый мягкий зажим
52	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧЕРЕЗ КАКИЕ ТОЧКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ ПУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ДЛЯ	Переходящую складку между

		ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛАНГИОГРАФИИ:_____	стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени
53	ОПК-2/ОПК-2.3	В КАКОМ РАСТВОРЕ СТЕРИЛИЗУЕТСЯ ЛАПАРОСКОП:_____	В растворе хлоргексидина
54	ОПК-2/ОПК-2.1	ГДЕ СТЕРЕЛИЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ:_____	В сухожаровых камерах
55	ОПК-2/ОПК-2.2	КАК ВВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЛАПАРОСКОП:_____	Под контролем зрения
56	ОПК-2/ОПК-2.3	ЧТО НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ:_____	Ранорасширитель
57	ОПК-2/ОПК-2.1	ЧЕРЕЗ КАКОЙ ДОСТУП ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ТРОАКАР ПРОВОДИТСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ:_____	В правом подреберье
58	ОПК-2/ОПК-2.2	КАКОЙ НАИМЕНЕЕ ОПАСНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА:_____	На 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота
59	ОПК-2/ОПК-2.3	ЧЕМ ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ТРОАКАРА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ОБЛЕГЧАЕТСЯ, КРОМЕ:_____	Рассечения брюшины
60	ОПК-2/ОПК-2.1	В КАЧЕСТВЕ ОБЪЕМНОЙ СРЕДЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ЧТО НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:_____	Фурацилин
61	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧЕРЕЗ КАКУЮ ТОЧКУ ДЛЯ ОСМОТРА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРОВОДИТСЯ ЛАПАРОСКОП В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ:_____	В точке Мак-Бурнея
62	ОПК-2/ОПК-2.3	КАКИМ ОРИЕНТИРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ЛАПАРОСКОПА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ДЛЯ ОСМОТРА СУБКАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА:_____	Через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота
63	ОПК-2/ОПК-2.1	КАК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ	Через нижнюю левую точку Калька

		ЛАПАРОСКОП: _____	
64	ОПК-2/ОПК-2.2	КАК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ТРОАКАР В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВОДИТЬ: _____	В левой верхней точке Калька
65	ОПК-2/ОПК-2.1	ЕСЛИ ОПТИКА НА ДИСТАЛЬНОМ КОНЦЕ ЛАПАРОСКОПА ЗАГРЯЗНИЛАСЬ КРОВЬЮ ИЛИ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ, ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ: _____	Протереть лапароскоп о большой сальник, промыть физиологическим раствором, протереть салфеткой
66	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧТО ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕ ВОЗМОЖНО ОСМОТРЕТЬ:	Надпочечники
67	ОПК-2/ОПК-2.3	КАК ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ, ЕСЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ВОЗНИКЛА РВОТА: _____	Поднять головной конец стола
68	ОПК-2/ОПК-2.1	ИЗ КАКОГО ДОСТУПА МОЖНО ОСМОТРЕТЬ АБДОМИНАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ ПИЩЕВОДА: _____	Из левого подреберья латеральнее наружного края прямой мышцы живота
69	ОПК-2/ОПК-2.1	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ: _____	На левом боку с приподнятым головном концом стола
70	ОПК-2/ОПК-2.2	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО ЖЕЛУДОК ХОРОШО ДОСТУПЕН ОСМОТРУ: _____	На спине с приподнятым головным концом стола
71	ОПК-2/ОПК-2.3	ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ОСМОТРА КОНТУРОВ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА:	Больному придать положение, обратное Тренделенбургу, Приподнять нижний край 4-го сегмента печени, Антральный отдел желудка сместить дистально
72	ОПК-2/ОПК-2.1	ПРИ КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО МОЖНО ОСМОТРЕТЬ ПОПЕРЕЧНО-	На спине с опущенным

		ОБОДОЧНУЮ КИШКУ: _____	головным концом стола при смещении большого сальника орально
73	ОПК- 2/ОПК-2.1	КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ ОСМОТРА ПОЗАДИМАТОЧНО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА: _____	Положение Тренделенбурга с поворотом больного на левый бок
74	ОПК- 2/ОПК-2.2	К КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРОТИВОПОКАЗАНА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЩИПЦОВАЯ БИОПСИЯ: _____	При подозрении на внутриутробную эктопию плодного яйца
75	ОПК- 2/ОПК-2.3	ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ВОЗНИКШЕГО ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ: _____	Удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором
76	ОПК- 2/ОПК-2.1	ЧТО ОТНОСЯТСЯ К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ: _____	ангиография
77	ОПК- 2/ОПК-2.1	КАКАЯ ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ПРИ ПРЯМОМ КОНТРАСТИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: _____	25% концентрация от стандартного заводского приготовления
78	ОПК- 2/ОПК-2.2	В КАКОМ ПОЛОЖЕНИИ ЗАПОЛНЕНИЕ КОНТРАСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРОИСХОДИТ ЛУЧШЕ: _____	Лежа на спине с опущенным головным концом стола
79	ОПК- 2/ОПК-2.3	ЧТО СПОСОБСТВУЕТ ЛУЧШЕМУ ЗАПОЛНЕНИЮ КОНТРАСТОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОХО-ЛАНГИОГРАФИИ: _____	Морфин
80	ОПК- 2/ОПК-2.1	ГДЕ РАСПОЛОЖЕНА ТИПИЧНАЯ ТОЧКА ДЛЯ ТОРАКОЦЕНТЕЗА: _____	В IV межреберье кпереди от средне- подмышечной линии

81	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОРИЕНТИРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ ТОРАКОСКОПА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ: _____	Пищевод
82	ОПК-2/ОПК-2.1	ПРИ ТОРАКОСКОПИИ ЧТО НЕ ПОДЛЕЖИТ ОЦЕНКЕ: _____	Состояния сегментарных бронхов
83	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧТО НЕДОСТУПНО ОСМОТРУ ПРИ ТОРАКОСКОПИИ: _____	Поверхность сегмента CVII
84	ОПК-2/ОПК-2.3	КТО ВПЕРВЫЕ РАЗРАБОТАЛ МЕТОД МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Карленс в 1959 г
85	ОПК-2/ОПК-2.1	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПОКАЗАНА МЕДИАСТИНОСКОПИЯ: _____	При увеличении лимфоузлов средостения
86	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Синдром верхней полой вены
87	ОПК-2/ОПК-2.3	КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ ВОЗНИКАЕТ: _____	Кровотечение
88	ОПК-2/ОПК-2.1	ЧТО ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ ВРАЧ ПРИ РАНЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВО ВРЕМЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Торакотомию
89	ОПК-2/ОПК-2.2	В КАКИХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ МЕДИАСТИНОСКОПИЯ: _____	В стационаре в условиях операционной
90	ОПК-2/ОПК-2.3	КАКИМ ДОЛЖНО БЫТЬ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ВО ВРЕМЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Лежа на спине с валиком под плечами
91	ОПК-2/ОПК-2.1	КАКОВА ДЛИНА МЕДИАСТИНОСКОПА, ПРИМЕНЯЕМОГО ПРИ РАСШИРЕННОЙ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	250 мм
92	ОПК-2/ОПК-2.2	СКОЛЬКО АНАТОМИЧЕСКИХ ОРИЕНТИРОВ СУЩЕСТВУЕТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Три анатомических ориентира

93	ОПК-2/ОПК-2.3	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Яремная вырезка
94	ОПК-2/ОПК-2.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРЫМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНО-СКОПИИ: _____	Трахея
95	ОПК-2/ОПК-2.2	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ТРЕТЬИМ АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ МЕДИАСТИНО-СКОПИИ: _____	Грудино-подъязычная мышца
96	ОПК-2/ОПК-2.3	КАКИЕ ОТДЕЛЫ, НЕДОСТУПНЫ ОСМОТРУ ПРИ "КЛАССИЧЕСКОЙ" МЕДИАСТИНОСКОПИИ: _____	Корни легких обоих
97	ОПК-2/ОПК-2.1	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ЗОНДА В ТОНКУЮ КИШКУ: _____	У больных после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза
98	ОПК-2/ОПК-2.2	КАКИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ИНСУФЛЯЦИИ ГАЗА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: _____	Газовая эмболия, Пневмоторакс, Компрессия полой вены
99	ОПК-2/ОПК-2.1	КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ: _____	Гипотензию, Желудочная регургитация, Боль в плече
100	ОПК-2/ОПК-2.2	КАКИЕ КОМПОНЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____	донор, реципиент, трансплантат

Код контролируемой компетенции

ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

101	ПК-3/ОПК-3.1	ВИДЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____	аутотрансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация, эксплантация
102	ОПК-3/ОПК-3.2	АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО: _____	пересадка тканей в пределах одного организма
103	ОПК-3/ОПК-3.3	АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО ПЕРЕСАДКА МАТЕРИАЛА: _____	между двумя организмами одного вида
104	ПК-3/ОПК-3.1	СИНОНИМ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____	гомотрансплантация
105	ОПК-3/ОПК-3.2	ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ МЕЖДУ ОРГАНИЗМАМИ РАЗНОГО ВИДА НАЗЫВАЕТСЯ: _____	ксенотрансплантация
106	ОПК-3/ОПК-3.3	ЭКСПЛАНТАЦИЯ – ЭТО: _____	пересадка материала из организма в искусственную среду
107	ПК-3/ОПК-3.1	МАТЕРИАЛ, НЕИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ: _____ -	целые органы, полученные от реципиента
108	ОПК-3/ОПК-3.2	МАТЕРИАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ: _____	здоровая ткань
109	ОПК-3/ОПК-3.3	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТРАНСПЛАНТИРУЕМЫЕ ОРГАНЫ И ТКАНИ: _____	почки, кожа
110	ПК-3/ОПК-3.1	ПЕРЕСАДКУ ТРУПНОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ОСУЩЕСТВИЛ: _____	К.Бернард
111	ОПК-3/ОПК-3.2	ПЕРЕСАДКУ ИСКУССТВЕННОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ОСУЩЕСТВИЛ: _____	У.Дебриз
112	ОПК-3/ОПК-3.3	ДВУХЭТАПНУЮ ПЕРЕСАДКУ ИСКУССТВЕННОГО И ТРУПНОГО СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКУ ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ: _____ -	В.И.Шумаков
113	ПК-3/ОПК-3.1	ТКАНЕВАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ – ЭТО: _____	иммунологическая несовместимость тканей донора и реципиента,

			приводящая к отторжению трансплантата
114	ОПК-3/ОПК-3.2	КРИТИЧЕСКИЙ СРОК ОТТОРЖЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ: _____	18 – 21 день
115	ПК-3/ОПК-3.1	МЕХАНИЗМ, ЛЕЖАЩИЙ В ОСНОВЕ ТКАНЕВОЙ НЕСОВМЕСТИМОСТИ: _____	механизм иммунологической защиты
116	ОПК-3/ОПК-3.2	СИНОНИМ ТКАНЕВОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ: _____	совместимость тканей донора и реципиента
117	ОПК-3/ОПК-3.3	АВТОРЫ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ ТКАНЕВОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ: _____	П. Медавара и М. Гашека
118	ПК-3/ОПК-3.1	АУТОТРАНСПЛАНТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ: _____	Злокачественных опухолей паращитовидных желез
119	ПК-3/ОПК-3.1	СИНГЕННОЙ ПЕРЕСАДКОЙ НАЗЫВАЕТСЯ: _____	Пересадка, при которой донор и реципиент однояйцевые близнецы
120	ОПК-3/ОПК-3.2	ПЕРЕСАДКА ПОЧЕК ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩЕМУ КОНТИНГЕНТУ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ: _____	Больным со злокачественными заболеваниями
121	ОПК-3/ОПК-3.3	САМОЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК: _____	Синдром Иценко-Кушинга
122	ПК-3/ОПК-3.1	ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕАКЦИЯ ОТТОРЖЕНИЯ СЕРДЦА НА ЭКГ: _____	Признаки острой сердечной ишемии
123	ОПК-3/ОПК-3.2	ПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРЕСАДКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Метастаз злокачественных опухолей в печени
124	ОПК-3/ОПК-3.3	ТЕСТИРОВАНИЕ ПО КРИТЕРИЮ НЕ ИМЕЕТ НА РЕШАЮЩЕГО ЗНАЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ: _____	Сердца
125	ПК-3/ОПК-3.1	ПОКАЗАНИЯ К ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК: _____	Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов, которым был произведен

			гемодиализ
126	ОПК-3/ОПК-3.2	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПЕРЕСАДКЕ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Кардиомиопатии с тяжелыми проявлениями сердечной недостаточности
127	ОПК-3/ОПК-3.3	САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОТЕРИ ФУНКЦИИ ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ: _____	Хроническая реакция сосудистого отторжения трансплантата
128	ПК-3/ОПК-3.1	РАННИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ПЕРЕСАДКЕ ПОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Синдрома Иценко-Кушинга
129	ОПК-3/ОПК-3.2	В СОВРЕМЕННОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: _____	Цисплатинума
130	ОПК-3/ОПК-3.3	ПРИНЦИПАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ЗАКОДИРОВАН В: _____	В 6-ой паре хромосом
131	ПК-3/ОПК-3.1	НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ СКРИНИНГ-ТЕСТ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ: _____	цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и канала шейки матки
132	ОПК-3/ОПК-3.2	ДИАГНОЗ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ: _____	гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса
133	ПК-3/ОПК-3.1	МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЗАРАЩЕНИЯ МОЧЕВОГО ПРОТОКА (УРАХУСА): _____	цистография + фистулография
134	ОПК-3/ОПК-3.2	ПРИЗНАКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧКИ НА ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЕ: _____	участки обызвествления почечной ткани
135	ОПК-3/ОПК-3.3	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	экскреторная урография
136	ПК-3/ОПК-3.1	ПРИ ВНУТРИБРЮШИННЫХ РАЗРЫВАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕ ПРОВОДИТСЯ: _____	УЗИ мочевого пузыря
137	ОПК-3/ОПК-3.2	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	ретроградная уретрография

138	ОПК-3/ОПК-3.3	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ОПУХОЛИ ПАРЕНХИМЫ ПОЧЕК НА АРТЕРИОГРАММЕ: _____	беспорядочное скопление контрастного вещества в опухоли
139	ПК-3/ОПК-3.1	НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: _____	цистоскопия + биопсия
140	ПК-3/ОПК-3.1	НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РЕНТГЕННЕГАТИВНЫХ КАМНЕЙ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ: _____	ретроградная пневмоуретеропиелография с кислородом или углекислым газом
141	ОПК-3/ОПК-3.2	НАЗОВИТЕ ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ОТ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: _____	хромоцистоскопия
142	ОПК-3/ОПК-3.3	КАКОЙ ОСНОВНОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ: _____	УЗИ
143	ПК-3/ОПК-3.1	ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА: _____	уретрография + уретроскопия
144	ОПК-3/ОПК-3.2	НА ОБЗОРНОЙ УРОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАНЕФРИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ: _____	отсутствие контуров поясничной мышцы
145	ОПК-3/ОПК-3.3	НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАРАНЕФРАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ: _____ -	ультразвуковое исследование
146	ПК-3/ОПК-3.1	КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ИЛИ ИСКЛЮЧИТЬ НАЛИЧИЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: _____	хромоцистоскопия
147	ОПК-3/ОПК-3.2	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ «ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ» ФОРМЫ ГЕМАТУРИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ: _____	ангиография
148	ОПК-3/ОПК-3.3	ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ИСТОЧНИКА ГЕМАТУРИИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ИССЛЕДОВАНИЕ: _____	с цистоскопии
149	ПК-3/ОПК-3.1	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ ПОЧКИ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ	хромоцистоскопия

	3.1	ОДНОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ: _____	
150	ОПК-3/ОПК-3.2	НАИБОЛЕЕ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ В ОТНОШЕНИИ НАЧАЛЬНОЙ ИНВАЗИИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ: _____	магнитно-резонансная томография

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Вопросы к зачету по дисциплине «Симуляционные образовательные технологии в хирургии»
УК-1, ОПК-2, ПК-3	1. Этапы развития эндоскопии и эндовидеохирургии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	2. Методы диагностической эндоскопии. Классические методы диагностической эндоскопии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	3. Современные методы диагностической эндоскопии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	4. Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография (ЭРХП). Эндоскопическая внутрисветовая хирургия.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	5. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия. Хирургия единого лапароскопического доступа. Операции через естественные отверстия.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	6. 3D визуализации в эндовидеохирургии. Роботохирургия.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	7. Эндоскопическое лечение больных с избыточной массой тела и ожирением.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	8. Эндоскопическая хирургия нижних конечностей.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	9. Рентген-эндоваскулярные вмешательства и микрохирургия. Диагностические рентген-эндоваскулярные вмешательства.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	10. Лечебные рентген-эндоваскулярные вмешательства.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	11. Понятие посмертного донорства органов, понятие смерти, дефекты ведения.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	12. Потенциального донора, участие судебно-медицинских экспертов в донорстве и наиболее частые причины отказа.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	13. Клеточная трансплантация.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	14. Классификация доноров, критерии отбора доноров.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	15. Понятие мульторганного донорства.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	16. Маастрийская классификация доноров.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	17. Возможность длительного применения при сохранении эффективного кровообращения и адекватных параметров перфузии внутренних органов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	18. Источник получения клеточного материала.

УК-1, ОПК-2, ПК-3	19. Система распределения, органов, примеры распределения органов в других странах.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	20. Доноры с расширенными критериями.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	21. Преимущества и недостатки живых доноров, отбор живых доноров органов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	22. Юридические аспекты трансплантации органов и тканей.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	23. Трансплантация и другие методы лечения терминального поражения органов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	24. Реимплантация собственных и донорских тканей. Современные органозамещающие технологии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	25. Пластические операции в области шеи и головы.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	26. Пластические операции на молочных железах (уменьшение, увеличение, подтяжка, реконструкция груди).
УК-1, ОПК-2, ПК-3	27. Пластические операции на брюшной стенке (липосакция, абдоминопластика).
УК-1, ОПК-2, ПК-3	28. УЗИ печени, селезенки, желчевыводящих путей. Диагностическое значение. Общее представление о пункционной биопсии печени и лапароскопии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	29. Рентгенологическое исследование желчевыводящих путей: понятие о холецистографии, внутривенной холеграфии, холангеографии. Понятие о радионуклидных методах исследования печени (гепатографии, радионуклидном сканировании печени).
УК-1, ОПК-2, ПК-3	30. Диагностическое значение УЗИ, дуоденального зондирования, холецистографии.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	31. Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ).
УК-1, ОПК-2, ПК-3	32. Трансплантат. Определение, типы трансплантатов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	33. Лоскут. Определение и типы лоскутов. Классификация кожных лоскутов в соответствии с их кровоснабжением (лоскут со случайным кровоснабжением, лоскут с осевым кровотоком, свободный лоскут)..
УК-1, ОПК-2, ПК-3	34. Типы кожных трансплантатов (расщепленные, полнослойные). Использование, донорские зоны, взятие кожного трансплантата, увеличение площади, фиксация, условия выживания, послеоперационный уход. Характеристика пересаженной кожи.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	35. Принципы наложения микрососудистых анастомозов. Типы анастомозов, ручной и механический шов. Особенности микрохирургии артерий и вен, замещение дефектов сосудов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	36. Реплантация при помощи микрохирургической техники. Показания и противопоказания, общая техника операции. Осложнения и их профилактика.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	37. Имплантаты и эндопротезы в пластической и эстетической хирургии. Области применения, требования к имплантатам, способы фиксации различных типов имплантатов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	38. Врожденные расщелины губы, альвеолярного отростка и неба. Первичная и вторичная ринохейлопластика. Сроки коррекции, ортодонтическое лечение, осложнения, методы устранения, отдаленные результаты.

УК-1, ОПК-2, ПК-3	39. Коррекция формы и размеров ушной раковины, выступающих ушных раковин. Хирургическая анатомия и эстетические параметры ушной раковины.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	40. Комбинированные методы липосакции. Ультразвуковая липоаспирация, вибрационная липоаспирация, высокочастотная липоаспирация. Сравнительная характеристика методов, осложнения, методы их коррекции, отдаленные результаты.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	41. Хирургическая коррекция пола. Этапы М-Ж и Ж-М трансформации, общие положения, хирургическая техника, отдаленные результаты.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	42. Сравнительная характеристика методов абдоминопластики. Показания, противопоказания, подготовка пациентов и обследование. Осложнения, способы устранения и отдаленные результаты.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	43. Коррекция мягких тканей верхних и нижних конечностей. Брахиопластика, круропластика, глутеопластика. Показания, противопоказания, сравнительная характеристика методов, предоперационное обследование. Осложнения, методы устранения, отдаленные результаты.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	44. Методы лучевой диагностики заболеваний сосудов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	45. Методы рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	46. Методы лучевой диагностики заболеваний и повреждений суставов.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	47. Методы лучевой диагностики заболеваний и повреждений поджелудочной железы.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	48. Лучевая диагностика и основные признаки мочекаменной болезни.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	49. Роль рентгеновской компьютерной томографии в диагностике заболеваний органов ЖКТ и мочевых органов. Возможности компьютерно-томографической визуализации полых и паренхиматозных органов живота и забрюшинного пространства.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	50. Преимущества, цели и задачи ультразвукового метода при исследовании мягкотканых структур конечностей и суставов. Возможности эхографической визуализации мышц, сухожилий, связок, менисков, суставной капсулы.

Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков

На открытое задание рекомендованное время – 15 мин

Компетенции/индикаторы достижения компетенций	Задачи
--	---------------

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 1</p> <p>У больного 66 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию кровотечение продолжается в течение 7 дней. При anoscopy и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит.</p> <p>Общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Эр – 2,5x10¹²/л, Лейк – 10,5x10⁹/л, с/я – 34%, эоз – 2%, лимф – 57%, мон – 7%, СОЭ – 7 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: белок – отр, лейкоц – 2-3 в п/зр, эр – отр., эпит.- отр.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, кальций иониз. – 0,8 ммоль/л, фосфор – 1,2 ммоль/л, ЩФ – 900 Ед/л (норма до 600).</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените данные лабораторных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анемия легкой степени, эритроцитопения, лейкоцитоз. 2. Хронический внутренний геморрой. 3. Осложнение-кровотечение из варикозно-расширенных геморроидальных вен. 4. Госпитализация пациента в проктологическое отделение стационара. Геморроидэктомия по Миллиган-Моргану. 5. Прогноз – благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 2</p> <p>У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержки стула, сменяющиеся поносами, примесь крови в кале, при ректороманоскопии выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения.. 5. Ведение больного в послеоперационном периоде.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. При ректороманоскопии выявлена циркулярная опухоль прямой кишки, при гистологическом исследовании биопсийного материала – аденокарцинома. 2. Рак прямой кишки. 3. Осложнение-кровотечение. 4. Госпитализация пациента в РКОД. Резекция опухоли и части кишки с наложением анастомоза или выведением колостомы. 5. В послеоперационном периоде проведение химио-или лучевой терапии.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 3</p> <p>У больного 68 лет, перенесшего месяц назад обширный трансмуральный инфаркт миокарда, за 3 дня до поступления в хирургическую клинику появились боли в левой нижней конечности. При осмотре состояние больного тяжелое. Одышка в покое, пульс 96 ударов в 1 минуту, мерцательная аритмия;</p>

	<p>печень выступает из-под реберного края на 5 см. Правая нижняя конечность пастозна. Отмечается значительный отек левой нижней конечности вплоть до паховой складки. Кожные покровы конечности цианотичны. На бедре усилен венозный рисунок. Пальпация левой паховой области и зоны проекции сосудистого пучка на бедре болезненна. Положительный симптом Хоманса. При ретроградной илиокавографии получено изображение нижней полой вены и правой подвздошной вены. Левая подвздошная вена не контрастирована. В инфраренальном отделе нижней полой вены имеется центрально расположенный дефект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Ведение больного в послеоперационном периоде. <ol style="list-style-type: none"> 1. На ретроградной илиокавографии получено изображение нижней полой вены и правой подвздошной вены. Левая подвздошная вена не контрастирована. В инфраренальном отделе нижней полой вены имеется центрально расположенный дефект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены. 2. Мерцательная аритмия. 3. Осложнение: острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. 4. Проведение ангиографии в экстренном порядке. Рентгенэндоваскулярная тромбэктомия, баллонная дилатация, установка КАВА-фильтра в нижнюю полую вену. 5. В послеоперационном периоде пожизненное назначение таблетированных антикоагулянтов.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 4</p> <p>У больной 32 года на 9-е сутки после кесарева сечения появилось удушье, боли за грудиной, потеря сознания. Через 5 минут зарегистрирована остановка сердца. Реанимационные мероприятия были эффективны, сердечная деятельность и сознание восстановлены. Состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Определяется умеренный отек всей правой нижней конечности, усиление сосудистого рисунка в паховой области, болезненность при пальпации зоны проекции сосудистого пучка на бедре. При ангиопульмонографии контрастирования левой легочной артерии не получено. В устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Ведение больного в послеоперационном периоде.

<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. На ангиопульмонографии - в устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования. 2. ТЭЛА. 3. Осложнение: острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. 4. Перевод пациентки в реанимационное отделение хирургического стационара. Рентгенэндоваскулярная тромбэктомия, балонная дилатация. 5. В послеоперационном периоде назначение таблетированных антикоагулянтов.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 5</p> <p>Больной Н., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после аппендэктомии развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в паховой области. Проводилось лечение антикоагулянтами. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение язва постепенно рецидивирует. При УЗДГ глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких в поверхностные вены на уровне голени и стопы.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцените данные инструментальных методов обследования. 2. Поставьте диагноз в соответствии с принятой классификацией. 3. Осложнения заболевания. 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Прогноз заболевания.
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. УЗДГ - глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких в поверхностные вены на уровне голени и стопы. 2. Хроническая варикозная болезнь левой нижней конечности. 3. Трофическая язва голени. 4. Ношение компрессионного трикотажа, назначение венотоников (Детралекс, Флебодиа). Проведение операции Троянова-Трендельбурга в плановом порядке. 5. Прогноз заболевания – благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 6</p> <p>Больной 26 лет поступил с жалобами на перемежающую хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, до этого перенес нервное потрясение, много курит. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях несколько ослаблен, шум не выслушивается, на берцовых артериях пульс не определяется. На голенях и тыле стоп имеются участки тромбированных вен в различных стадиях организации. Проба Опделя - 30 секунд. Реоиндекс – 0,5. На теплограммах - тепловая "ампутация" пальцев стоп. На ангиограмме стенозирование дистальных участков артерий голени.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Круг дифференциальной диагностики? 3. План дополнительного исследования? 4. Тактика лечения? 5. Прогноз заболевания?

Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Тромбангит Бюргера. 2) Облитерирующий эндартериит, стенозирующий атеросклероз. 3) УЗДГ, КТ с контрастированием, ангиография, радионуклидное исследование микроциркуляции. 4) Лечение консервативное: режим, спазмолитические смеси, квантовая терапия (УФОК и рефлексотерапия) для улучшения микроциркуляторных процессов поясничная симпатэктомия, прекращение курения. 5) Прогрессирующее течение заболевания, неблагоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 7</p> <p>Поступает больной с атеросклеротической гангреной стопы с распространением отека на голень вплоть до коленного сустава. Гангрена носит влажный характер и сопровождается выраженным эндотоксикозом. У больного несколько тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, в анамнезе 2 инфаркта миокарда. Сахарный диабет средней тяжести.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Какой тип гангрены, сухой или влажный, прогностически менее благоприятный и почему? 2) Как отражается на течение заболевание наличие сахарного диабета? 3) Какие показания к выполнению ампутации? 4). Уровень ампутации? 5) Необходима ли длительная терапевтическая подготовка к операции?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Влажный. Отсутствует демаркация, наличие вторичной инфекции. 2) Неблагоприятно, нарушение микроциркуляции в тканях, нарушение репаративных процессов. 3) Экстренная, по жизненным показаниям. 4) Ампутация конечности на уровне средней или нижней трети бедра. 5) После минимальной терапевтической подготовки.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 8</p> <p>Больной 45 лет без сопутствующих заболеваний страдает облитерирующим атеросклерозом с окклюзией области бифуркации аорты, степень регионарной ишемии III. Протяженность окклюзированного участка обеих общих подвздошных артерий по данным ангиографии составляет до 11 см. Магистральное и периферическое русло нижних конечностей сохранено.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Установите топический диагноз. 2) Какой еще метод исследования можно использовать для оценки состояния магистрального русла на конечностях? 3) Какой аускультативный феномен характерен для данного заболевания? 4) Каковы критерии хронической ишемии III степени? 5) Тактика лечения?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Синдром Лериша, окклюзия обеих общих подвздошных артерий, хроническая ишемия III степени. 2) УЗДГ, КТ с контрастированием, ангиография. 3) Систолический шум в проекции бифуркации аорты. 4) перемежающаяся хромота, возникающая при ходьбе менее 50 метров. 5) Показана хирургическая операция - аортобедренное шунтирование в плановом порядке.

УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 9</p> <p>Больная 40 лет поступила с жалобами на боли по ходу варикозно расширенных вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры тела. Больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется кверху. Варикозное расширение вен 20 лет.</p> <p>При осмотре: выраженное варикозное расширение вен системы большой подкожной вены без признаков трофических нарушений, гиперемия и припухлость по ходу вены. Пальпаторно - повышение кожной температуры и болезненное уплотнение на всем протяжении. Температура тела 37,6°. АД 120/70 мм рт. ст</p>
	<p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте развернутый диагноз. 2) Назовите причину данного обследования. 3) В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного? 4) Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного? 5) Тактика хирурга в стационаре?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Варикозная болезнь. Острый тромбоз поверхностных вен, быстро распространяющийся кверху. 2) Ушиб голени в проекции варикозно расширенной вены. 3) В быстром нарастании тромбоза в проксимальном направлении и угрозе тромбоэмболии легочной артерии. 4) Хирург поликлиники должен немедленно госпитализировать больного. 5) Дежурный хирург стационара должен выполнить в экстренном порядке операцию Троянова - Тренделенбурга.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 10</p> <p>Больной 55 лет поступил в клинику с диагнозом: варикозное расширение поверхностных вен обеих ног. Жалобы при поступлении на боли по наружной поверхности левой голени и бедра и в пояснице, отеки в области нижней трети голени к вечеру, повышенную утомляемость и ощущение полноты в ногах. К утру проявления болезни исчезают, за исключением болей.</p> <p>При осмотре: выраженное варикозное расширение больших подкожных вен и их ветвей, небольшой отек с умеренной пигментацией кожи в области медиальных поверхностей и индурацией подкожной клетчатки в этой области, больше слева. Пульс на артериях стопы нормальный.</p>
Ответ	<p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дополните диагноз при поступлении. 2) Какие дополнительные исследования нужны и для чего? 3) В каком лечении нуждается больной? 4) Если Вы за хирургическое лечение, то каким должен быть его объем? 5) Возможно ли медикаментозная терапия? <ol style="list-style-type: none"> 1) Варикозная болезнь обеих нижних конечностей. Стадия декомпенсации с трофическими нарушениями. 2) Функциональные пробы для оценки состояния клапанов поверхностных, глубоких и коммуникативных вен и проходимости глубоких вен; флебография: восходящая - случае нарушения проходимости глубоких вен и ретроградная - при планировании коррекции клапанной недостаточности глубоких вен. 3) В хирургическом. 4) Флебэктомия по Троянову - Тренделенбургу, Бебкоку и Нарату и операция Линтона, а возможно и экстравазальная коррекция клапанной

	<p>недостаточности глубоких вен по Ведынскому. 5) Нецелесообразна.</p>
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 11</p> <p>Больная 24 лет жалуется на повышенную утомляемость в ногах, пастозность в области голеностопных суставов к вечеру, иногда тупые боли в области голени. Все эти явления уменьшаются в положении лежа и полностью проходят за ночь. Больна 2 года. Указанные жалобы появились после беременности и родов.</p> <p>При осмотре больной и нижних конечностей варикозного расширения вен не выявлено. Кожные покровы нормальной окраски без каких-либо трофических нарушений. Умеренное поперечное плоскостопие. Пульс на артериях стопы нормальный. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Что можно предположить у нашей больной? 2) Какая информация из семейного анамнеза может помочь Вам в постановке диагноза? 3) Какие исследования показаны в данном случае для подтверждения диагноза? 4) Необходима ли ангиография? 5) Какой должна быть лечебная тактика?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Изолированную несостоятельность клапанного аппарата глубоких вен. 2) О наследственной предрасположенности к данной патологии. 3) УЗДГ, ретроградная флебография бедренной, а возможно и подколенной вен. 4) Нет. 5) При подтверждении диагноза - экстравазальная коррекция клапанной недостаточности бедренной (а возможно и подколенной) вены по Ведынскому.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 12</p> <p>Больная 36 лет перенесла 14 лет назад послеродовой тромбоз глубоких вен конечностей, после чего появились расширенные вены на голени. В настоящее время жалобы на тяжесть в правой ноге, отеки голени и стопы, возникающие к вечеру и проходящие к утру. Работает менеджером на выставке, много ходит.</p> <p>При осмотре: расширение вен в бассейне большой скрытой вены и ее притоков. Проба Троянова - Тренделенбурга положительная, проба Бэрроу - Шейниса положительная, Мейо - Пратта отрицательная. В нижней трети голени имеется участок гиперпигментации и индурации жировой клетчатки.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? 3) Какие дополнительные исследования необходимо назначить? 4) Тактика лечения больной? 5) Нужно ли медикаментозное лечение?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Посттромботическая болезнь нижней конечности. Варикозная форма, III стадия. 2) С болезнью Вебера - Рубашова. 3) УЗДГ, рентгенофлебографическое исследование. 4) Хирургическое лечение - флебэктомия, субфасциальная коррекция

	<p>глубоких вен (клапанов).</p> <p>5) Не нужна.</p>
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 12</p> <p>Больной 45 лет отмечает отек и распирающие боли в правой голени. Больным себя считает около 4-х лет после того, как просудился на охоте. Были боли в правой голени, покраснение, плотные, болезненные тяжи вдоль ноги, высокая температура. При флебографическом исследовании выявлены суженные магистральные вены голени с фестончатыми внутренними контурами, разрушение клапанного аппарата, такие же изменения выявлены и подколенной вене. Поверхностные вены расширены в области притоков. Отмечается ретроградный кровоток по коммуникантным венам. Трофических расстройств мягких тканей нет.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Стадия заболевания? 3) Круг дифференциального диагноза? 4) План дополнительного обследования? 5) Тактика лечения?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Посттромботическая болезнь. Варикозная форма, 2) II стадия. 3) Хронический тромбофлебит 4) Не нужно. 5) Консервативное лечение.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 13</p> <p>Больной 36 лет поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Болеет около 15 лет. Лечился амбулаторно у терапевта. Всякий раз после лечения наступало улучшение на 3-4 месяца. После последнего курса улучшения нет.</p> <p>При обследовании наряду с язвой 12-перстной кишки выявлена язва желудка. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания (более 10 лет) и малую эффективность проводимой ежегодно стационарной консервативной терапии укорочение промежутков между ремиссиями, принято решение оперировать больного.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Какая операция показана этому больному? 2) Какой метод обезболивания предпочтителен 3) Каким должен быть объем операции? 4) Какой способ операции предпочтительнее нашему больному и почему? 5) Какие противопоказания существуют к резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Резекция желудка в сочетании со стволовой ваготомией. 2) Интубационный наркоз 3) Не более 2/3 дистального отдела желудка. 4) Бильрот-II в модификации Ру для профилактики рака культи желудка в отдаленном послеоперационном периоде. 5) Дуоденостаз и предрасположенность к демпинг-синдрому соответственно.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 14</p> <p>Больной 27 лет госпитализирован с жалобами на чувство тяжести в верхних отделах живота, обильную рвоту с неприятным запахом и остатками пищи, похудание. Выше описанные жалобы появились около 3 недель назад. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. В течение 6 лет, амбулаторное и санаторно-курортное лечение.</p> <p>При обследовании в эпигастральной области отмечается шум плеска натошак.</p> <p>Анализ крови: Нб - 145 г/л, гематокрит - 50%, лейкоц. - $6.4 \cdot 10^9$/л, СОЭ - 20 мм/час, общий белок крови - 58 г/л, калий плазмы - 2.9 ммоль/л.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Какое осложнение язвенной болезни развилось? 2) Какие исследования позволяют уточнить диагноз и установить стадию заболевания? 3) Тактика лечения? 4) В чем заключается предоперационная подготовка? 5) Какая операция целесообразнее?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Стеноз выходного отдела желудка. 2) Рентгенологическое исследование желудка с пассажем бария в течение 24 часов, ФГС. 3) Лечение только хирургическое. 4) Коррекция белковых, водно-электролитных нарушений, аспирация содержимого желудка, общеукрепляющая терапия. 5) Резекция по Бильрот 1.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 15</p> <p>Больному 45 лет установлен диагноз рубцовый декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Считает себя больным в течение 1 месяца. Похудел на 15 кг. Анализ крови: Эр. $4,2 \times 10^{12}$, Нб - 150 г/л, гематокрит - 55%, лейкоциты - $7.4 \cdot 10^9$/л. Общий белок - 55 г/л. Калий плазмы - 2.0 ммоль/л. Анализ мочи без патологии.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нуждается ли больной в оперативном лечении? 2) Если да, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка и как долго она будет проводиться? 3) Как необходимо готовить желудок в предоперационном периоде? 4) Как объяснить изменения со стороны анализа крови? 5) Есть ли в данном случае противопоказания к хирургическому лечению?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Да. 2) Во в/в введении белковых препаратов, аминокислот, электролитов, жидкости для коррекции гипопроотеинемии, волемии, гипокалиемии, и больной переводится на парентеральное питание. 3) Аспирация содержимого из желудка ежедневно в течение недели. 4) Обезвоживание и гемоконцентрация. 5) Нет.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 16</p> <p>Больной 26 лет. В течение 2.5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1.8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Сформулируйте развернутый диагноз?

	<p>2) Показано ли больному оперативное лечение?</p> <p>3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали?</p> <p>4) Как готовить больного к операции?</p> <p>5) Какое санаторно-курортное лечение можно рекомендовать после операции?</p>
Ответ	<p>1) Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.</p> <p>2) Да.</p> <p>3) Селективную проксимальную ваготомию с пилоропластикой или гастродуоденоанастомозом.</p> <p>4) Ежедневная аспирация желудочного содержимого (7 дней), в/в белковые препараты, электролиты, аминокислоты.</p> <p>5) Красноуольск, Железноводск, Эссентуки.</p>
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 17</p> <p>Больной доставлен в отделение с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. От предлагаемого ранее оперативного лечения отказывался. В течение 10 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС - язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 124 в минуту. АД - 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8*7*6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Определить наличие симптома "кашлевого толчка" из-за сильных болей не представляется возможным. При рентгенологическом исследовании - свободный газ в брюшной полости.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <p>1) Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2) Какие исследования следует произвести для его подтверждения?</p> <p>3) Какое лечение Вы предложите больному?</p> <p>4) Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?</p> <p>5) Что для подтверждения диагноза дает пневмогострография?</p>
Ответ	<p>1) Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит.</p> <p>2) Обзорную рентгенографию органов брюшной полости.</p> <p>3) Оперативное лечение: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративной язвы, санация брюшной полости, дренирование.</p> <p>4) Клиническая картина соответствует перфоративной язве. Причиной ошибки в диагностике может послужить "грыжа Брока", т.е. ложное ущемление имеющейся у больного пахово-мошоночной грыжи.</p> <p>5) Появление свободного газа в брюшной полости.</p>
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 18</p> <p>Больной 32 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс - 56 в минуту. На обзорной R-грамме брюшной полости газа под куполами диафрагмы нет. В желудок через зонд введено 0,5 л кислорода. Исчезла печеночная тупость.</p>

	<p>Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. В анализе крови 15×10^9 л лейкоцитов.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Какое осложнение следует предполагать? 2) Что такое? 3) Можно ли сделать контрастное исследование желудка? 4) Как лечить больного? 5) Можно ли при отказе от операции применить консервативное лечение?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Перфорация язвы. 2) Введение воздуха или кислорода в желудок и R-графия брюшной полости. 3) Нет. 4) Оперативно. 5) Да
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 19</p> <p>Больной Н. 38 лет оперирован 3 месяца назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Была выполнена резекция желудка по Б-П. По истечении трёх недель после операции у больного через 10-12 минут после приема молока стали проявляться слабость, которая продолжалась в течение 30-40 минут, потливость. Работоспособность снизилась, потери веса нет, общее состояние удовлетворительное.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Причина вызвавшего заболевание? 3. Можно ли применить консервативное лечение? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Демпинг-синдром легкой степени тяжести. 2. Резекция желудка по Б-П. 3. Показано консервативное лечение. 4. а) диетотерапия – частое высококалорийное питание небольшими порциями 5-6 раз в день) пищей, богатой белками, с ограничением сладкого, молочного и жидкости; б) желудочный сок, пепсин и панкреатин; в) для снижения перистальтической активности – координакс (цизаприд). 5. При соблюдении всех рекомендаций – благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 20</p> <p>Больной 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя два года появились сильные боли в эпигастрии, возникающие сразу же после еды. Похудел, т.к. плохо ел из-за боязни болей. При анализе желудочного сока выявлена высокая как базальная, так и стимулированная секреция соляной кислоты. На ФГС в области анастомоза обнаружена больших размеров язва.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пептическая язва гастроэнтероанастомоза. 2. В программу обследования включить определение гастрина, кальция и

	<p>фосфора в крови, УЗИ поджелудочной и щитовидной железы.</p> <ol style="list-style-type: none"> Учитывая большие объемы резекции и высокую базальную секрецию, необходимо думать об экстрагастральной причине высокой кислотности, прежде всего о синдроме Золлингера-Эллисона, либо гиперпаратиреозе. Если причина высокой остаточной кислотности будет найдена, её будет необходимо устранить. При не обнаружении таковой, кислотность можно будет снизить стволовой ваготомией, ререзекцией желудка, либо сочетанием этих операций. Прогноз – благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 21</p> <p>Больной 42 лет, оперирован по поводу язвенной болезни четыре года назад. Проведена резекция 1/2 желудка по Витебскому (гастроэнтероанастомоз с поперечным рассечением тонкой кишки). После операции отмечал чувство наполнения после еды, которое постепенно проходило. Спустя три года эти явления стали нарастать, появилась рвота съеденной накануне пищей. За последние три месяца потеря веса составила около семи килограммов.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> Предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Возможная причина заболевания? Определите тактику дальнейшего лечения. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> Стеноз гастроюнального анастомоза. Диагноз подтвердят ФГС и рентгеноскопия желудка. Резекция 1/2 желудка по Витебскому. Показано оперативное лечение. Наиболее оптимальной будет ререзекция желудка. Прогноз – благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 22</p> <p>Больной 62 лет, оперирован 15 лет назад по поводу язвы желудка. Была выполнена резекция по Б –II. Все годы чувствовал себя хорошо. Три месяца назад появились боли в эпигастрии, слабость, отрыжка тухлым, резко снизился аппетит. За последние недели потерял шесть килограммов веса.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> Предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования? Возможная причина заболевания? Определите тактику дальнейшего лечения. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> Раке культи желудка. В программу обследования включить ФГС (с биопсией), рентгеноскопию желудка, УЗИ печени, рентгенографию грудной клетки. Резекция по Б –II. При подтверждении диагноза и операбельности процесса показана экстирпация культи желудка. Прогноз – благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 23</p> <p>Больной 52 лет оперирован три года назад по поводу язвенной болезни желудка. Произведена резекция желудка по Бильрот-1. После операции стал ощущать отрыжку пищей, изжогу. С течением времени эти явления усиливались. За год до поступления в стационар проводилась ФГДС- патологии в желудке и 12-перстной кишке не нашли. Последние месяцы жжение за грудиной и отрыжка были наиболее выражены в горизонтальном положении. Два дня назад госпитализирован в связи с подозрением на желудочное кровотечение легкой степени тяжести.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язвенный рефлюксэзофагит. 2. В программу обследования необходимо включить ФГДС, рентгеноскопию желудка (стоя, лежа), беззондовую или зондовую дуоденографию, внутриводную рН-метрию. 3. Его причиной могут быть грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, нарушения пилорoduodenальной проходимости. 4. В зависимости от причины, вызывающей эзофагит, возможны операции - ререзекция по Ру, дуоденоюноанастомоз, фундопликация по Ниссену. 5. Прогноз – благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 24</p> <p>Больной Г. 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы без нарушения дуоденальной проходимости. Произведена селективная проксимальная ваготомия. В течение полутора лет боли не беспокоили, при ФГДС язва не определялась. В последние 1,5 года появились вновь тошкательные боли, при исследовании желудочной секреции выявлена базальная продукция кислоты (БПК) - 10 ммоль/час, стимулированная продукция кислоты (СПК) – 30 ммоль/час. При проведении ФГДС на передней стенке луковицы 12-перстной кишки обнаружена язва до 10 мм в диаметре.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рецидив язвенной болезни 12-перстной кишки. 2. В программу обследования необходимо включить ФГДС, рентгеноскопию желудка (стоя, лежа), беззондовую или зондовую дуоденографию, внутриводную рН-метрию. 3. Результат неполной ваготомии и высокой остаточной кислотности. 4. При неуспехе консервативной терапии больному показана резекция желудка. 5. Прогноз – благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 25</p> <p>В поликлинику обратился больной 56 лет. Перенес операцию 4 года назад – резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через 2 года начали беспокоить боли в правом подреберье постоянного характера, две недели назад они стали постоянными. Накануне после приема жирной пищи отмечались сильные боли в этой же области, которые стихли после приема баралгина, однократно вырвало с желчью. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз? 2. Какое дополнительное обследование необходимо? 3. Возможная причина заболевания? 4. Определите тактику дальнейшего лечения. 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром приводящей кишки. ЖКБ, хронический холецистит. 2. В программу обследования должны входить УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, почек, ФГС, выполнение общеклинических и биохимических анализов. При отсутствии патологии выполнить рентгенологическое обследование желудка с бариевой взвесью для исключения синдрома приводящей кишки (вариант рефлюкса). 3. Перенесенная операция 4 года назад – резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. 4. При обнаружении ЖКБ показано оперативное лечение. 5. Прогноз – благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 26</p> <p>Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться первая помощь? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. 2. Необходимы ФГДС с эндоскопическим гемостазом, анализ крови и свертологии, группа крови. 3. При неэффективности эндоскопического гемостаза экстренная операция. При остановке кровотечения консервативное лечение с относительными показаниями к плановому оперативному лечению. 4. Первая помощь включает: строгий постельный режим, холод на живот, контроль пульса и давления, транспортировка на носилках в дежурный

	<p>стационар. При падении АД катетеризация центральной вены и трансфузии кровезаменителей, гемостатиков во время транспортировки.</p> <p>5. Прогноз – благоприятный.</p>
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 27</p> <p>В хирургическое отделение доставлен больной 30 лет с жалобами на рвоту желудочным содержимым темно-коричневого цвета, однократный дегтеобразный стул. В анамнезе была изжога, принимал соду. Состояние было расценено как язвенная болезнь, осложненная кровотечением, кровопотеря средней степени тяжести. На ФГДС была обнаружена кровоточащая язва 12-перстной кишки, кровотечение методом орошения спиртом и копрофером остановить не удалось.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще способы эндоскопического гемостаза можно применить ? 3. Какие показатели пульса и давления были выявлены у больного? 4. Какое лечение предпримете при продолжающемся кровотечении? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язва 12-перстной кишки, осложненная кровотечением. 2. Необходимо использовать методы электро- и диатермокоагуляции, клипирования и инъекционного гемостаза. 3. При кровопотере средней степени тяжести пульс в пределах 100-120 уд./мин, систолическое давление 100-80 мм рт.ст. 4. При продолжающемся кровотечении наиболее оптимальным будет иссечение (прошивание) язвы, пилоропластика, стволовая ваготомия. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 28</p> <p>В приемный покой доставлен больной 38 лет с жалобами на тошноту, слабость, рвоту «кофейной гущей». Заболел за три дня до поступления, появились тошнотворные боли в подложечной области, накануне ночью вырвало. В анамнезе хронический гастрит, дважды за последние два года госпитализировался в хирургическое отделение по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. После выписки лечился у гастроэнтеролога. При проведении ФГДС обнаружена в зоне луковицы 12-перстной кишки язва диаметром 5 мм с тромбированным сосудом в центре. После проведенного обкалывания язвы раствором глюкозы с адреналином и недельной консервативной терапии последняя зарубцевалась, стеноза нет.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться первая помощь? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Язва 12-перстной кишки, состоявшееся кровотечение. 2. Рентген органов брюшной полости. 3. Учитывая три кровотечения за последние два года и неэффективность консервативной терапии больному показана плановая операция. Предметом выбора является органосохраняющая видеолапароскопическая ваготомия. 4. При продолжающемся кровотечении наиболее оптимальным будет иссечение (прошивание) язвы, пилоропластика, стволовая ваготомия. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 29</p> <p>Машиной СМП доставлен больной 45 лет с жалобами на рвоту с кровью. В течение трех дней употреблял спиртное, после чего появилась рвота. Во время очередной рвоты он заметил свежую кровь в рвотных массах. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 100 уд/мин, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются. Ректально – кал обычного цвета. Нб – 100г/л.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Какова вероятность неуспеха консервативной терапии? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Маллори-Вейса. 2. Показана ФГС с эндоскопической остановкой кровотечения, консервативная терапия – хлористый кальций, викасол, этамзилат, аминокaproновая кислота, препараты крови, антисекреторные препараты. 3. Вероятность неуспеха консервативной терапии менее 10%. 4. Органосохраняющая видеолапароскопическая ваготомия. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 30</p> <p>В приемный покой доставлен больной с жалобами на слабость, головокружение, стул темного цвета. В анамнезе злоупотребление алкоголем. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин, АД – 110/70 мм. рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет асцита, в области мезогастрия выраженный венозный рисунок, печень не определяется, селезенка выступает из подреберья на 3 сантиметра, безболезненна. Ректально – мелена.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. 2. Дообследование: УЗИ брюшной полости, печени, воротной вены. Эндоскопическое исследование пищевода. 3. Лечение – оперативное. 4. Установка зонда Блекмора, коагулянтная и снижающая портальное давление терапия. При неэффективности эмболизация или лигирование кровоточащих вен, операция Пациоры - прошивание вен кардиального отдела желудка. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 31</p> <p>В приемный покой доставлен больной с жалобами на рвоту с кровью, слабость, холодный пот. Шесть месяцев назад больной перенес резекцию 2/3 желудка по Б – II по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через два месяца после операции в связи с болями в эпигастральной области, особенно по ночам, изжогами был обследован, диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в связи с чем была выполнена наддиафрагмальная трансторакальная стволовая ваготомия. Объективно: больной бледен, пульс – 110 уд./мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Нб – 90г/л.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Какую лечебную тактику Вы предпримете? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение из пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Необходимо думать о синдроме Золлингера-Элиссона, гиперпаратиреозе. 2. Подтвердить диагноз могут УЗИ поджелудочной и щитовидной железы, исследование гастрина и уровня кальция в крови. 3. Проведение эндоскопического гемостаза. 4. Операция резекции желудка (вплоть до гастроэктоми) с ревизией поджелудочной железы (включая интраоперационное УЗИ) для выявления и удаления ulcerогенной аденомы. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 32</p> <p>В реанимационное отделение поступил больной 60 лет после эндоскопического гемостаза инъекционным способом кровотечения из медиагастральной язвы диаметром 2 см. Состояние расценено как тяжелое из-за массивной кровопотери. Пульс – 120 уд./мин, АД – 90/60 мм рт.ст., Нб – 70г/л. Начато консервативное лечение, однако, через 7 часов хирург вновь был приглашен в реанимацию в связи с развившимся у больного коллапсом.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какова причина коллапса? 3. Какой минимальный объем помощи необходимо оказать больному? 4. В чем будет заключаться оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медиагастральная язва. 2. Рецидив кровотечения из медиагастральной язвы. 3. Показана экстренная операция. 4. Лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащей язвы. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 33</p> <p>Вы приглашены в токсикологическое отделение к больному 40 лет, поступившему в стационар два дня назад с отравлением суррогатами алкоголя. Врачи скорой помощи, а также, работники приемного покоя при поступлении дважды промывали пострадавшему желудок. Хирург приглашен в связи с жалобами пациента на боли загрудинно и в области мечевидного отростка, слюнотечение, высокую температуру тела. Объективно: состояние тяжелое, пульс 120 уд./мин, температура 39,0С, одышка 28 в мин. На шее определяется подкожная крепитация. Дыхание слева ослаблено.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Каковы осложнения заболевания? 3. Какие еще исследования Вы должны провести? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждение пищевода. 2. Медиастинит, флегмона шеи, плеврит. 3. Диагноз можно уточнить с помощью рентгенографии грудной клетки, КТ, УЗИ, рентгеноскопии пищевода с водорастворимым контрастом, эзофагоскопии. 4. Учитывая большие сроки повреждения (более суток) разрыв стенки пищевода не ушивается. Лечение паллиативное – дренирование средостения, плевральной полости, клетчаточных пространств шеи, наложение гастро- или еюностомы по Ру. 5. Относительно благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 34</p> <p>В приемный покой доставлен больной 40 лет с жалобами на дисфагию, невозможность проглотить воду, т.к. появляются боли за грудиной и срыгивание. В течение последнего месяца лечится амбулаторно бужированием по поводу рубцового сужения пищевода после ожога щелочью. Последние три недели питался жидкой пищей – кашей, бульонами. Объективно: больной пониженного питания, пульс 72 уд./мин, температура 36,50С, общее состояние ближе к удовлетворительному.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Дальнейшая тактика лечения? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обтурация пищей рубцово-суженного пищевода. 2. Нужна неотложная эзофагоскопия для извлечения пищевого комка. 3. Консервативное лечение – бужирование пищевода. Оно эффективно в 90-95%. 4. Оперативное лечение только при полной обтурации пищевода, перфорации его стенки, формировании пищеводно-трахеальных свищей. Создание искусственного пищевода желателен через 2 года с момента ожога. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 35</p> <p>К врачу поликлиники обратилась больная 25 лет с жалобами на появление боли за грудиной после приема пищи, боли проходят после ее срыгивания, или купируются приемом теплой воды. Больна около месяца, заболевание развилось после длительного эмоционального напряжения, связанного со сдачей экзаменов. Общее состояние удовлетворительное, питания среднего.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Ваши действия? 3. Какие еще исследования Вы должны провести? 4. Тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ахалазия кардии (кардиоспазм). 2. Необходимо исключить рак кардии. 3. Обследование: рентгеноскопия пищевода, эзофагофиброскопия. 4. Основным методом лечения начальных стадий заболевания являются диета, прием нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, баллонная кардиодилатация. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 36</p> <p>К терапевту в поликлинику обратилась женщина 55 лет с жалобами на изжогу, срыгивание желудочного содержимого при наклоне туловища вперед. Больна около трех лет, последний месяц отмечает появление срыгивания в ночное время. При объективном обследовании патологии нет.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Халазия (недостаточность) кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 2. Обследование: рентгенологическое исследование стоя, лежа (в положении Тренделенбурга), эзофагофиброгастроуденоскопия, внутрипищеводная РН-метрия. 3. Консервативное лечение: диета, антисекреторные и обволакивающие препараты, прокинетики. 4. При неэффективности - операция, чаще всего фундопликация по Ниссену. Возможно её видеолaparоскопическое исполнение. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 37</p> <p>К участковому терапевту обратился больной 40 лет с жалобами на затруднения при проглатывании пищи, ощущение кома в горле, гнилостный запах изо рта,</p>

	<p>появление регургитации накануне съеденной пищей в небольшом количестве. Болен год. При осмотре во время отведения головы назад врач обнаружил на боковой поверхности шей слева выпячивание 3х3 см, мягкой консистенции, безболезненное, уменьшившееся при пальпации.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Возможна ли в данном случае консервативная терапия? 4. Тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Глоточно-пищеводный дивертикул (Ценкера). 2. Подтвердит диагноз рентгенологическое исследование с водной взвесью бария сульфата. 3. Нет. 4. Лечение оперативное. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 38</p> <p>К хирургу обратился больной 65 лет, который во время приема пищи случайно проглотил сломавшийся зубной протез. Жалобы на боли по ходу пищевода во время глотания, при попытке выпить воды после нескольких глотков появляются чувство давления за грудиной и срыгивание.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Инородное тело пищевода. 2. Необходимо выполнить обзорную рентгенограмму, эзофагоскопию. 3. Попытаться удалить или протолкнуть в желудок инородное тело с помощью фиброгастроскопа. Из желудка возможно отхождение обломков протеза естественным путем. 4. При неуспехе показаны эзофаготомия, гастротомия. 5. Благоприятное.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 39</p> <p>Больной Б. 78 лет 6 раз госпитализировался в кардиологическое отделение с диагнозом «Инфаркт миокарда» на основании жалоб на резчайшие боли за грудиной, не купирующиеся нитроглицерином, морфином и спазмолитиками. Боли беспокоили в течении нескольких часов, сопровождалась рвотой и снижением АД. Они возникали после приёма обильной пищи. Строгий постельный режим, назначенный в этот момент, ухудшал состояние больного, поэтому не смотря на запреты врачей он самостоятельно садился в постели, что приносило ему облегчение. Неоднократные ЭКГ не выявляли свежих очаговых или рубцовых изменений миокарда. При тщательном расспросе больного удалось выяснить, что у него периодически отмечаются срыгивания, изжога, слюнотечение и громкая отрыжка воздухом.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз?

	<p>2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. В каких случаях показано оперативное лечение? 5. Каков прогноз данного заболевания?</p>
Ответ	<p>1. Диафрагмальная грыжа. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс – эзофагит. 2. Эзофагогастроскопия. Рентген пищевода. Внутривентрикулярная РН-метрия. 3. Лечение консервативное. 4. При неэффективности консервативного лечения – операция фундопликация по Ниссену. 5. Благоприятный.</p>
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 40</p> <p>Больная 50 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгальтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В анамнезе две беременности, которые закончились абортми. В настоящее время менопауза. Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижневнутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?</p>
Ответ	<p>1. Внутривентрикулярная аденома – болезни Минца. 2. УЗИ, цитология мазка, дуктография, МРТ. 3. Консультация онколога. 4. Оперативное лечение. 5. Благоприятный.</p>
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 41</p> <p>Больная 20 лет обратилась к хирургу по поводу округлого образования в правой молочной железе, которое она сама прощупала два года назад, за медицинской помощью не обращалась. В детском возрасте болела туберкулезом легких, по поводу которого проходила лечение в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время снята с учета.</p> <p>Объективно: у больной беременность 30 недель. При пальпации в правой молочной железе определяется узел размером 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. В положении лежа узел определяется менее четко (симптом Кенига отрицательный), выделений из соска нет, подмышечные лимфоузлы не увеличены.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <p>1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие еще исследования Вы должны провести? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?</p>
Ответ	<p>1. Фиброаденома молочной железы. Беременность 30 недель. 2. УЗИ молочной железы, тонкоигольная биопсия, МРТ.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Консультация онколога о решении вопроса об оперативном лечении. 4. Секторальная резекция молочной железы в онкодиспансере. Выбор метода дальнейшего лечения – химио- или лучевая терапия после родоразрешения. 5. Благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 42</p> <p>Больная 65 лет доставлена в приемный покой с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы. Боли подобного характера беспокоят в течение 5 лет после перенесенной холецистэктомии. Лечилась приемом Но-шпы, не обследовалась. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы желтушные, температура 38,00С, пульс 110 уд/мин, язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота выявляются умеренное напряжение и болезненность в эпигастриальной области и правом подреберье. Лейкоцитоз – 17,0.10⁹/л, общий билирубин – 110 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, не прямой – 26 мкмоль/л, амилаза крови – 118,0 г/л в час. Заключение УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент, который после эндоскопической папиллотомии извлечь не удается.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие изменения имеются при проведении инструментальных методов исследования? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Постхолецистэктомический синдром. 2. УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент. 3. Повторное проведение РХПГ. 4. Необходимо в папилле оставить потерянный дренаж, проведенный выше камня для разрешения желтухи и ликвидации явлений холангита. В последующем либо использовать литотриптор, либо выполнить лапаротомию, холедохолитотомию. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 43</p> <p>Машиной СМП в приемный покой доставлена больная 45 лет с жалобами на внезапно появившиеся сильные боли в эпигастральной области без иррадиации, тошноту, многократную рвоту. Заболела вечером накануне, принимала Но-шпу, боли в течение ночи сохранялись, утром вызвала машину СМП. В анамнезе калькулезный холецистит, не оперирована.</p> <p>Объективно: имеется иктеричность склер, температура 36,70С, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и желчный пузырь не определяются. Общий билирубин крови 65 мкмоль/л, амилаза крови 40 г/л в час. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие изменения имеются при проведении инструментальных методов исследования? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЖКБ, обтурационный папиллолитиаз, механическая желтуха, острый панкреатит. 2. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре. 3. Показан срочный осмотр БДС, при выявлении признаков его обтурации эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией. 4. Плановая холецистэктомия. 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 44</p> <p>Больной П. 30 лет, поступил в клинику через сутки с момента заболевания с жалобами на сильные боли в правом подреберье, рвоту, выраженную желтушность склер и кожных покровов.</p> <p>Из анамнеза известно: Сутки назад возникли боли в правом подреберье, тошнота, затем появилась желтушность склер и кожных покровов. Болен 4 года. Приступ болей четвертый. Три предыдущих приступа также сопровождались рвотой, высокой температурой и желтухой.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Пульс 116 в 1 минуту, ритмичный. Язык сухой. Живот правильной формы, ограничено участвует в дыхании. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и эпигастрии. Лабораторные данные: количество лейкоцитов 12,4 х 10⁹/л, билирубин 160,7 мкмоль/л.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Осложнения: механическая желтуха. Местный перитонит. 2. УЗИ, РХПГ. 3. Консервативная терапия: НПВС, антибактериальная. 4. Холецистэктомия (от шейки, с отдельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии).

	5. Благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 45</p> <p>В поликлинику к терапевту обратился больной 17 лет, считающий себя совершенно здоровым. Жалоб нет. Со слов родителей у сына периодически появляется желтушность кожных покровов и склер, проходящая без лечения. Общее состояние удовлетворительное, имеется иктеричность склер, печень обычных размеров, селезенка не увеличена. По УЗИ очаговых образований в печени и поджелудочной железе нет, желчный пузырь и желчные протоки без патологии.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вирусный гепатит, синдром Жильбера, синдром Даби-Джонсона, гемолитическая анемия, описторхоз 2. Определение осмотической резистентности и продолжительности жизни эритроцитов, изучение маркеров гепатита и описторхоза, проведение пробы Кумбса, дуоденального зондирования. 3. Возможно, понадобятся пункционная биопсия печени. 4. Лапароскопия. 5. Благоприятный.
УК-1, ОПК-2, ПК-3	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 46</p> <p>Больной 30 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на постоянные небольшие боли в правом подреберье, сопровождающиеся ознобами. Пять дней назад появилась желтуха, которая нарастает. За месяц до появления желтухи был оперирован по поводу пенетрирующей в печеночно-дуоденальную связку язвы 12-перстной кишки. Выполнена резекция желудка по Б П.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 37,50С, видимая на глаз желтуха. Живот мягкий, практически безболезненный, печень и желчный пузырь не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10х9х7 см.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
Ответ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рубцовая стриктура гепатикохоледоха, механическая желтуха, холангит. 2. Диагноз билиарной гипертензии подтвердит УЗИ. 3. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение. 4. РХПГ. 5. Благоприятный.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 47</p> <p>В поликлинику к терапевту обратился приехавший из района больной 65 лет с жалобами на слабость, тошноту, кожный зуд, желтуху. Болен в течение месяца, появились небольшие боли в подложечной области, правом подреберье, снизился аппетит, неделю назад заметил потемнение мочи и светлый кал. За это время похудел на 7 кг. Раньше ничем не болел.</p> <p>Объективно: питания среднего, кожные покровы желтушные, имеются расчесы. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье пальпируется плотно-эластическое, безболезненное образование 5x5 см.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоль головки поджелудочной железы, механическая желтуха. 2. Подтвердят диагноз УЗИ (или КТ, МРТ) печени и поджелудочной железы. 3. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение. 4. Предполагаемое радикальное лечение – панкреатогастродуоденальная резекция, паллиативное – наложение билиодигестивного анастомоза (гепатикоеюнального соустья). 5. Благоприятный.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 48</p> <p>Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо, с повышением температуры до 38⁰С. За последний месяц такие приступы участились, отмечает появление болей больше в эпигастрии. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает. Провоцирует боли жирная и жареная пища, снимает Но-шпа.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови 9,0x10⁹/л; билирубин сыворотки крови общий – 40,0 мкмоль/л; прямой – 30,0 мкмоль/л, не прямой – 10,0 мкмоль/л.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЖКБ, обтурационный холедохолитиаз, механическая желтуха. 2. УЗИ печени, при расширении общего желчного протока выполнение ретроградной холангиографии. 3. При подтверждении диагноза - операция эндоскопическая папиллотомия (балонная дилатация) с литоэкстракцией. 4. При холецистолитиазе - холецистэктомия.

<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p>5. Благоприятный.</p> <p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 49</p> <p>В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на появившийся ахоличный стул, темную мочу, а через несколько дней без боли желтушное окрашивание кожи и склер, небольшой кожный зуд. В начале заболевания пациент находился в командировке и принял решение вернуться домой. Через три дня дома отметил уменьшение желтушности кожных покровов, склер и появление темного стула. В анамнезе хронический гастрит, при неоднократном проведении ФГДС другой патологии не находили. За шесть месяцев до этого пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное, желтушность кожных покровов, пульс 70 уд./мин, АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье определяется плотно-эластическое, безболезненное образование 6x8 см. Печень и селезенка не пальпируются. Ректально – мелена. Лабораторно - общий билирубин 68,4; прямой - 51,3; не-прямой - 17,1 мкмоль/л; АЛТ, АСТ – небольшое превышение нормы. Анализ крови без особенностей.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?
<p>Ответ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опухоль фатерова соска, осложненная кровотечением, механическая желтуха. 2. ФГДС с биопсией из опухоли, УЗИ печени, поджелудочной железы, анализ крови, изучение свертываемости крови. 3. Госпитализация в хирургическое отделение стационара. 4. Предполагается хирургическое лечение – папилэктомия или панкреатодуоденальная резекция. 5. Учитывая злокачественный процесс – относительно благоприятный при условии 5 летней выживаемости.
<p>УК-1, ОПК-2, ПК-3</p>	<p style="text-align: center;">ЗАДАЧА 50</p> <p>Как врача реанимационной бригады Вас вызвали к пострадавшему, предъявляющему жалобы на боли в грудной клетке справа, правой половине живота, слабость, головокружение. Около 20 минут тому назад кузовом машины прижат к стене.</p> <p>Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз лица. Пульс 120 уд./мин, АД - 60/20 мм рт.ст. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации определяется болезненность на уровне 7-11 ребер, крепитация. Дыхание справа прослушивается, ослаблено. Пальпация правой половины живота болезненна. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В отлогах местах определяется свободная жидкость.</p> <p style="text-align: center;">ВОПРОСЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Осложнения травмы? 3. Объем помощи в пути? 4. Последовательность действий в стационаре? 5. Каков прогноз данного заболевания?

Ответ	<ol style="list-style-type: none">1. Сочетанная травма, перелом 7-11 ребер справа.2. Пневмоторакс.3. Необходима на месте катетеризация центральной вены, переливание коллоидных плазмозаменителей в сочетании с кристаллоидами для стабилизации гемодинамики во время транспортировки.4. В условиях стационара транспорт в операционную. На операционном столе осмотр реаниматолога, хирурга и травматолога, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, общеклинические анализы, плевральная пункция. При отсутствии крови и наличии пневмоторакса – дренирование плевральной полости, лапаротомия.5. Благоприятный.
-------	---

ШКАЛЫ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Симуляционные образовательные технологии в хирургии»

Проведение зачета по дисциплине «Симуляционные образовательные технологии в хирургии» как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам и заданным вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по дисциплине;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на экзамене;
5. определить умение и навыки выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования ребенка, правильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение с указанием возрастных дозировок, умеет правильно выписать рецепт на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения).

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования ребенка, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей физического, полового и нервно-психического развития, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты с указанием возрастных дозировок, но допускает неточности, выписывает

рецепты на лекарственные препараты с указанием международного непатентованного названия, дозы и длительности лечения, но допускает неточности в указании формы выпуска).

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического, полового и нервно-психического развития, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты, при этом испытывает затруднения при выписке рецептов).

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает физическое, половое и нервно-психическое развитие, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, при этом не может выписать рецепты).