

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Павлов Валентин Николаевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.01.2023 10:13:27  
Уникальный программный ключ:  
a562210a8a161d1bc9a34c4a0a3e820ac76b9d73665849e6d6bb7e5a4e71dbee

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



УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по учебной работе  
*(подпись)* А. А. Цыглин  
« 25 » мая 2021 г.

## ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

### ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

*(наименование дисциплины)*

|                  |   |
|------------------|---|
| Разработчик      | <u>Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО</u>  |
| Специальность    | <u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>  |
| Наименование ООП | <u>30.05.01 Медицинская биохимия</u>  |
| ФГОС ВО          | <u>Утвержден Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «13» августа 2020 г. № 998</u> |

**Паспорт оценочных материалов по дисциплине / Хирургические болезни**

| <b>№</b> | <b>Наименование пункта</b>              | <b>Значение</b>               |
|----------|---|-------------------------------|
| 1.       | Специальность/направление подготовки    | 30.05.01 Медицинская биохимия |
| 2.       | Наименование дисциплины                 | Хирургические болезни         |
| 3.       | Для оценки «отлично» не менее           | 91%                           |
| 4.       | Для оценки «хорошо» не менее            | 81%                           |
| 5.       | Для оценки «удовлетворительно» не менее | 71%                           |
| 6.       | Время тестирования (в минутах)          | 90 минут                      |

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-1. Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественно-научные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №                                     | Вопросы  | Правильные ответы |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| <b>Выберите один правильный ответ</b> |  |                   |
| 1.                                    | КАКИЕ СЕГМЕНТЫ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ<br>А. 2,6,10<br>Б. 1,3,5<br>В. 11,12<br>Г. 4,5,7  | А                 |
| 2.                                    | НАЗОВИТЕ ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ФОРМИРОВАНИЯ СВИЩА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА<br>А. оставшееся открытым после вскрытия гнойника сообщение с прямой кишкой<br>Б. неполное опорожнение гнойника вследствие плохого дренирования<br>В. снижение резистентности организма к инфекции<br>Г. все вышеперечисленные | А                 |
| 3.                                    | КАКОЙ ДИВЕРТИКУЛ НЕ ОТНОСИТСЯ К ДИВЕРТИКУЛАМ ПИЩЕВОДА<br>А. бифуркационный<br>Б. дивертикул Ценкера<br>В. дивертикул Меккеля<br>Г. эпифренальный дивертикул  | В                 |
| 4.                                    | КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПОКАЗАН ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА<br>А. рентгенологическое исследование<br>Б. медиастиноскопия<br>В. электрокимография<br>Г. эзофагоманометрия   | А                 |
| 5.                                    | В каком случае противопоказано хирургическое лечение (в т.ч. дренирование) абсцессов печени:<br>А. осложненные абсцессы печени<br>Б. множественные абсцессы, микст-инфекции, гипербилирубинемия на фоне абсцесса, развитие осложнений<br>В. первичный абсцесс печени<br>Г. абсцесс печени на фоне эхинококкоза               | Г                 |
| 6.                                    | КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТИМОМЫ, ПРАВИЛЬНЫ<br>А. большая часть опухолей средостения – тимомы<br>Б. тимомы одинаково часто встречаются у женщин и мужчин  | Г                 |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | В. тип тимом наиболее точно определяют при хирургической операции<br>Г. все |  |
|--|---|--|

| №                | Вопросы   | Правильные ответы |
|------------------|---|-------------------|
| <i>Дополните</i> |   |                   |
| 7                | УРОВЕНЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ АФОНΙΑ, ЦИАНОЗ, СТРИДОР:_____ | гортань           |

***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 – 10 мин.

| №                                     | Вопросы  | Правильные ответы |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| <i>Выберите один правильный ответ</i> |  |                   |
| 8.                                    | СОДЕРЖАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ОСТРОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОСТАТЫ<br>А. введение больному медикаментозных препаратов, повышающих тонус детрузора и вызывающих сокращение мочевого пузыря<br>Б. катетеризация мочевого пузыря мягким катетером<br>В. катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером<br>Г. пункция мочевого пузыря, а при отсутствии восстановления мочеиспускания – цистостомия | Г                 |
| 9.                                    | КОГДА ПРОТИВОПОКАЗАНА БРОНХОСКОПИЯ<br>А. при подозрении на опухоль трахеи или бронхов<br>Б. рубцовых стенозах трахеи.<br>В. экссудативном плеврите с резким смещением средостения<br>Г. рубцовом стенозе крупных бронхов   | В                 |
| 10.                                   | ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ГАСТРОТОМИЯ<br>А. синдром Дъелафуа<br>Б. синдром Мейлорри-Вейса<br>В. кровотечения из язвы кардиального отдела желудка<br>Г. распадающаяся опухоль тела желудка   | Г                 |
| 11.                                   | СИНДРОМ ШЛИТТЕРА ПРИ ЗАСТРЕВАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПИЩЕВОДЕ  | Б                 |

|     |  |   |
|-----|--|---|
|     | ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ<br>А. усилением болей в груди при кашле<br>Б. усилением болей при надавливании на гортань<br>В. усилением болей при глотании<br>Г. гиперсаливацией |   |
| 12. | ЧТО НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКОГО<br>А. бронхофиброскопия<br>Б. торакоскопия<br>В. медиастиноскопия<br>Г. ангиоскопия                                 | Г |

| №                | Вопросы  | Правильные ответы             |
|------------------|--|-------------------------------|
| <i>Дополните</i> |  |                               |
| 13               | НА ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОМ СНИМКЕ ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ РАЗДУТЫМ ГАЗОМ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН: | при обструктивном аппендиците |
| 14               | АВТОР ПЕРВОЙ МЕТОДИКИ ЭМБОЛЕКТОМИИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: _____                                       | Тренделенбург                 |

***Код контролируемой компетенции***

ОПК-3. Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №  | Вопросы   | Правильные ответы |
|--|---|-------------------|
| <b><i>Выберите один правильный ответ</i></b> |   |                   |
| 15.  | ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ВОЗНИКАЕТ ИНТЕНСИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ОБУСЛОВЛЕННОЕ РВОТОЙ<br>А. рак желудка<br>Б. язва двенадцатиперстной кишки<br>В. синдром Мэллори-Вейсс<br>Г. грыжа пищеводного отверстия | В                 |
| 16.  | НАЗОВИТЕ САМЫЙ ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА<br>А. ЭКГ<br>Б. ЭхоКГ<br>В. рентгенография грудной клетки  | Г                 |

|     |  |   |
|-----|--|---|
|     | Г. дигитальная субтракционная ангиография  |   |
| 17. | <p>ЧТО ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ЭХИНОКОККОМ</p> <p>А. печень<br/>Б. селезенка<br/>В. головной мозг<br/>Г. сердце</p>  | А |
| 18. | <p>ВЫДЕЛИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ВЫВИХА В ЛЮБОМ СУСТАВЕ</p> <p>А. расслабление мышц, окружающих сустав<br/>Б. напряжение мышц, окружающих сустав<br/>В. «пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений<br/>Г. удлинение или укорочение вывихнутого сегмента</p> | В |
| 19. | <p>ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:<br/>КАКОЙ ДОСТУП ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ</p> <p>А. торакоабдоминальный<br/>Б. задний люмботомический<br/>В. боковой люмботомический<br/>Г. абдоминальный</p>   | Г |
| 20. | <p>ОРГАНЫ, В КОТОРЫЕ НЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ АДЕНОКАРЦИНОМА ЖЕЛУДКА</p> <p>А. яичники<br/>Б. печень<br/>В. надпочечные лимфоузлы<br/>Г. трубчатые кости бедра</p>   | Г |

| №                | Вопросы   | Правильные ответы    |
|------------------|---|----------------------|
| <i>Дополните</i> |   |                      |
| 21               | УЧИТЫВАЯ МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ, НАЗОВИТЕ НЕ РЕДКО СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ: _____ | перелом позвоночника |

***Код контролируемой компетенции***

ОПК-8. Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №                                     | Вопросы  | Правильные ответы |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| <i>Выберите один правильный ответ</i> |  |                   |
| 22.                                   | <p>КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО ОСЛОЖНЯЕТСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ</p> <p>А. хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки<br/>Б. острая язва желудка</p> | А                 |

|     |   |   |
|-----|---|---|
|     | В. синдром Цоллингера-Эллисона<br>Г. болезнь Верльгофа  |   |
| 23. | КАКОЙ ПРЕПАРАТ ВЫВОДИТСЯ С ЖЕЛЧЬЮ И СЛУЖИТ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК<br>А. пенициллин<br>Б. оксациллин<br>В. гентамицин<br>Г. стрептомицин   | Б |
| 24. | С КАКИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ СООБЩАЕТСЯ СРЕДИННОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО ШЕИ<br>А. со средостением<br>Б. с полостью рта<br>В. с надключичной областью<br>Г. с подключичной областью  | А |
| 25. | КАКАЯ ОДЫШКА СВЯЗАНА С УМЕНЬШЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕГКИХ<br>А. обструктивная<br>Б. рестриктивная<br>В. инспираторная<br>Г. экспираторная   | Б |
| 26. | ДЛЯ САНАЦИИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН МЕТОД<br>А. дыхательной гимнастики<br>Б. внутримышечной антибиотикотерапии канамицином<br>В. лечебной бронхоскопии<br>Г. ингаляции с тетрациклином | В |

| №                | Вопросы  | Правильные ответы |
|------------------|--|-------------------|
| <i>Дополните</i> |  |                   |
| 28               | ПОСЛЕ АНГИОГРАФИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НЕ БЫВАЕТ ОСЛОЖНЕНИЙ В ВИДЕ: | инсульта          |
| 29               | ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА: | аденокарцинома    |

***Код контролируемой компетенции***

ПК-2 Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации данных и рекомендовать оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №  | Вопросы | Правильные ответы |
|--|---------|-------------------|
| <b><i>Выберите один правильный ответ</i></b> |         |                   |

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 30. | КАКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПРИЗНАТЬ ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ВКЛИНЕННОМ КОНКРЕМЕНТЕ ХОЛЕДОХА<br>А. лапаротомия, холецистэктомия и холедохотомия с извлечением камней и протока<br>Б. лапаротомия, дуоденотомия извлечение камня<br>В. эндоскопическая папилосфинктеротомия<br>Г. лапаротомия, холецистостомия | В |
| 31. | КАКИМ ФАКТОРОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРОХОЖДЕНИЕ ЖЕЛЧИ ПО ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПУТЯМ<br>А. секреторным давлением печени<br>Б. сократительной силой гладкомышечной оболочки желчного пузыря<br>В. тонусом сфинктера Одди<br>Г. рефлекторным через симпатическую и парасимпатическую нервную систему         | Г |
| 32. | ОПРЕДЕЛИТЕ СОДЕРЖАНИЕ СИМПТОМА ВЕСТЕРМАРКА<br>А. диффузная инфильтрация изменённой лёгочной ткани<br>Б. обеднение лёгочного рисунка с увеличением прозрачности лёгочной ткани<br>В. ателектаз доли лёгкого<br>Г. усиление лёгочного рисунка и инфильтрация лёгочной ткани                             | Б |
| 33. | КОГДА ПРОТИВОПОКАЗАНА АНГИОГРАФИЯ<br>А. при наличии аневризм<br>Б. при артериовенозных свищах<br>В. резко выраженной недостаточности почек и печени.<br>Г. варикозном расширении легочных вен   | В |
| 34. | ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ<br>А. острая или хроническая почечная недостаточность<br>Б. ферментная токсемия<br>В. начальный период острого холецистопанкреатита<br>Г. токсическая фаза панкреатогенного перитонита                      | А |
| 35. | УКАЖИТЕ ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ЛЕГКОГО<br>А. 2-5 %<br>Б. 5-10 %<br>В. 10-20 %<br>Г. более 50 %   | Г |

| №                         | Вопросы   | Правильные ответы                    |
|---------------------------|---|--------------------------------------|
| <i>Ответьте на вопрос</i> |   |                                      |
| 36                        | КАКИХ НЕ БЫВАЕТ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ АНГИОГРАФИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ? | пневмония,<br>мезотелиома<br>плевры, |



|    |   |                                       |
|----|---|---------------------------------------|
|    |   | экссудативный плеврит, опухоли легких |
| 37 | КАКОВА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ? | большие размеры                       |

**Код контролируемой компетенции**

ПК-13 Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №                                     | Вопросы   | Правильные ответы |
|---------------------------------------|---|-------------------|
| <b>Выберите один правильный ответ</b> |   |                   |
| 38.                                   | О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ СИМПТОМ ЗЕЛЬДОВИЧА<br>А. разрыв мочевого пузыря<br>Б. повреждение спинного мозга<br>В. разрыв уретры<br>Г. камень мочеточника   | А                 |
| 39.                                   | УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМЫЙ ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У ПОЖИЛЫХ И ОСЛАБЛЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ГНОЙНИКА В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ ПЕЧЕНИ<br>А. лапаротомия, резекция пораженного участка печени<br>Б. чрезкожное дренирование под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии<br>В. только симптоматическое лечение<br>Г. лапаротомия, дренирование абсцесса печени | Б                 |
| 40.                                   | УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА<br>А. стаз в желчевыводящих путях, нарушение кровообращения в стенке желчного пузыря<br>Б. вирулентная микрофлора, снижение местной неспецифической резистентности<br>В. сахарный диабет, наличие камней в желчном пузыре<br>Г. изменение физико-химических свойств желчи, дисфункция желчевыводящих путей  | А                 |
| 41.                                   | УКАЖИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ<br>А. 1-е межреберье по срединно-ключичной линии и 8-е межреберье по задней подмышечной линии<br>Б. 2-е межреберье по срединно-ключичной линии<br>В. 8-е межреберье по задней подмышечной линии  | Г                 |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Г. 2-е межреберье по срединно-ключичной линии и 7-е межреберье по задней подмышечной линии |  |
|--|--|--|

| №                         | Вопросы   | Правильные ответы  |
|---------------------------|---|--|
| <i>Дополните</i>          |   |  |
| 42                        | ОПЕРАЦИЯ КОТОРАЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА: _____ -   | операция Хеллера   |
| 43                        | ЗАКОНЧИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ:<br>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ЯВЛЯЕТСЯ: _____ | синдром Меллори-Вейсса   |
| <i>Ответьте на вопрос</i> |   |  |
| 44                        | КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НАДЛОБКОВОЙ КАПИЛЛЯРНОЙ ПУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ?            | производят по средней линии живота, отступив 1 – 2 см сверху от лонного сочленения; иглу вводят строго перпендикулярно передней брюшной стенке |

***Код контролируемой компетенции***

ПК-14 Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок.

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №                                     | Вопросы  | Правильные ответы |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| <i>Выберите один правильный ответ</i> |  |                   |
| 45.                                   | ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ АБЦЕССА ПЕЧЕНИ<br>А. первичный рак печени<br>Б. рак головки поджелудочной железы с обтурацией общего желчного протока<br>В. острый калькулезный холецистит<br>Г. гнойный холангит | Г                 |
| 46.                                   | НАЛИЧИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПРЯМОЙ КИШКЕ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ<br>А. кишечной непроходимостью<br>Б. кровотечением<br>В. болями в прямой кишке и чувством распирааний<br>Г. всеми перечисленными симптомами               | Г                 |
| 47.                                   | УКАЖИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ   | А                 |

|     |   |   |
|-----|---|---|
|     | <p>А. внезапное падение диуреза, нарастание азотемии, гиперкалиемии</p> <p>Б. длительное постепенное снижение объёма мочи на фоне расстройств кислотно-щелочного обмена</p> <p>В. увеличение концентрации мочевины крови до 10 ммоль/л</p> <p>Г. снижение диуреза до 20 мл/ч</p>  |   |
| 48. | <p>УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ, НАЛИЧИЕ ИЛИ СОЧЕТАНИЕ КОТОРЫХ ПОВЫШАЕТ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ</p> <p>А. множественные абсцессы, гипербилирубинемия и печеночная недостаточность на фоне абсцесса, развитие осложнений, консервативное лечение</p> <p>Б. первичный абсцесс печени</p> <p>В. чрезкожное дренирование абсцессов печени</p> <p>Г. амёбный абсцесс</p> | А |
| 49. | <p>АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ</p> <p>А. однокомпонентной</p> <p>Б. непродолжительной</p> <p>В. многокомпонентной</p> <p>Г. не обязательна</p>   | В |

| №                | Вопросы  | Правильные ответы   |
|------------------|--|---|
| <i>Дополните</i> |  |   |
| 50               | <p>ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ НАБЛЮДАЮТСЯ: _____</p>   | лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг нейтрофильной формулы влево |
| 51               | <p>СИМПТОМ «ПУСТОЙ ДЕЛЬТЫ» ПРИ КТ-ИССЛЕДОВАНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ: _____</p>   | тромбоз венозного синуса                                      |
| 52               | <p>РЕНТГЕНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ: _____</p>   | выявления стенок полостных образований                        |
| 53               | <p>В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОИД-ОСТЕОМЫ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ: _____</p>  | компьютерная томография                                       |
| 54               | <p>ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ЮГУЛЯРНОГО ОТВЕРСТИЯ И ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ С ВЫРАЖЕННО НЕОДНОРОДНЫМ ХАРАКТЕРОМ МР-СИГНАЛА НА Т1 И Т2 ВЗВЕШЕННОМ ИЗОБРАЖЕНИИ (СИМПТОМ «ПЕРЕЦ С СОЛЬЮ») НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ДЛЯ: _____</p> | хемодектомы   |
| 55               | <p>КАЛЬЦИНАТЫ ПО ТИПУ «ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ РЕЛЬС» НА МАММОГРАММАХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ: _____</p>  | сосудов   |
| 56               | <p>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С _____</p>  | вводят в момент выполнения субмаксимальной                    |

|    |  |   |
|----|--|---|
|    | НАГРУЗОЧНЫМ<br>РАДИОФАРМПРЕПАРАТ: _____  | ТЕСТОМ<br>нагрузки  |
| 57 | НОБЕЛЕВСКУЮ ПРЕМИЮ ПО АНГИОГРАФИИ<br>ПОЛУЧИЛ: _____  | Э.Мониц   |
| 58 | В КАКОЙ СИТУАЦИИ ПОКАЗАНО<br>ВЫПОЛНЕНИЕ ДУКТОГРАФИИ: _____   | «янтарные»<br>выделения из протока  |
| 59 | НАПРЯЖЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС<br>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ<br>ПРЕДСТАВЛЕН: _____  | смещением<br>средостения в<br>здоровую сторону  |
| 60 | ПРИ ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМЕ РАКА ТОЛСТОЙ<br>КИШКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНАЯ<br>ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛУЧЕНА<br>ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМАХ<br>ЗАБОРА ТКАНЕВОГО МАТЕРИАЛА,<br>ИСКЛЮЧАЯ: _____ | сочетание "лаваж"- и<br>"браш"-цитологии  |
| 61 | К КОСВЕННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ<br>ЭНДОФИТНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ<br>КИШКИ, ОТНОСЯТСЯ: _____  | инфильтрация и<br>утолщение<br>циркулярных складок<br>перед опухолью  |
| 62 | ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА<br>БЛЮДЦЕОБРАЗНОЙ КАРЦИНОМЫ<br>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ<br>НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ: _____   | склонности к<br>прорастанию в<br>соседние петли<br>кишечника при<br>ограниченной<br>инфильтрации<br>кишечной стенки |
| 63 | ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ<br>ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО БРОНХИТА<br>ХАРАКТЕРНО: _____   | слизистая бронхов<br>бледная  |
| 64 | ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ<br>АТРОФИЧЕСКОГО БРОНХИТА<br>ХАРАКТЕРНО: _____   | сосудистый рисунок<br>усилен  |
| 65 | ДЛЯ БРОНХОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ<br>ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ<br>ХАРАКТЕРНО: _____  | устья сегментарных<br>бронхов<br>деформированы за<br>счет рубцов  |
| 66 | ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОЭКТАЗОВ<br>ЭФФЕКТИВНА: _____   | бронхография  |
| 67 | ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ<br>В СЛУЧАЕ БРОНХОЭКТАЗОВ В СТАДИИ<br>РЕМИССИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ: _____  | частично диффузный<br>бронхит I степени<br>воспаления   |
| 68 | БРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ<br>ОСТРОМ ДРЕНИРУЮЩЕМСЯ АБСЦЕССЕ<br>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: _____   | зоной "пламенной<br>гиперемии" в области<br>устья дренирующего<br>bronха  |
| 69 | ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА<br>ГРАНУЛЯЦИЙ<br>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: _____  | дольчатым строением   |
| 70 | ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ОСОБЕННОСТЬ АДЕНОМЫ<br>БРОНХА ПРИ БРОНХОСКОПИИ: _____  | выраженная<br>контактная<br>кровоточивость  |
| 71 | К ДИАГНОСТИКЕ ПНЕВМОКОНИОЗОВ   | рентгенографическому  |

|                           |  |   |  |
|---------------------------|--|---|--|
|                           | РЕШАЮЩЕЕ<br>ПРИНАДЛЕЖИТ:   | ЗНАЧЕНИЕ  | исследованию органов<br>грудной клетки   |
| 72                        | ПРИ<br>ИССЛЕДОВАНИИ<br>ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ<br>КРОМЕ:   | РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ<br>ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ВСЕ<br>ТИПЫ ЗАТЕНЕНИЯ, | опухолевидного   |
| 73                        | ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ<br>ПНЕВМОКОНИОЗОВ<br>ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:  | КАРТИНА   | нисходящим<br>двусторонним<br>диффузным<br>бронхитом, трахеитом  |
| 74                        | К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>МАКРОНОДУЛЯРНОЙ ФОРМЫ<br>ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ,<br>ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:   | ПРИЗНАКАМ<br>ЦИРРОЗА                                      | признаки портальной<br>гипертензии резко<br>выражены   |
| 75                        | К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>МАКРОНОДУЛЯРНОЙ ФОРМЫ<br>ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ,<br>КРОМЕ:            | ПРИЗНАКАМ<br>ЦИРРОЗА                                      | желчный пузырь<br>увеличен, напряжен   |
| <b>Ответьте на вопрос</b> |  |   |  |
| 76                        | К КАКИМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>МЕХАНИЧЕСКОЙ<br>ОБУСЛОВЛЕННОЙ<br>ПРОХОДИМОСТИ<br>ЧАСТИ ХОЛЕДОХА, ОТНОСЯТСЯ? | ПРИЗНАКАМ<br>ЖЕЛТУХИ,<br>НАРУШЕНИЕМ<br>СУПРАДУОДЕНАЛЬНОЙ  | желчный пузырь<br>небольших размеров,<br>не напряжен и<br>дистальный отдел<br>желудка смещен<br>кпереди  |
| 77                        | КАКИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛ<br>ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО<br>ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ?                         | ПРИЗНАКАМ<br>ГЕПАТИТА                                     | поверхностные<br>желчные протоки<br>печени расширены,<br>деформированы,<br>холедох расширен в<br>виде зеленоватого<br>тяжа                                     |
| 78                        | ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>ПРИЗНАКАМ СИФИЛИТИЧЕСКОГО<br>ПЕЧЕНИ?                                | ПРИЗНАКАМ<br>ЦИРРОЗА                                      | печень имеет<br>дольчатое строение за<br>счет глубоких<br>"канавовидных"<br>борозд, консистенция<br>печени плотная   |
| 79                        | ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ<br>ПРИЗНАКАМ РЕТИКУЛОСАРКОМЫ<br>ПЕЧЕНИ?                              | ПРИЗНАКАМ<br>ПЕЧЕНИ?                                      | поверхность печени<br>ровная и мозаичность<br>окраски печени<br>напоминает "снежную<br>бурю" за счет<br>хаотичного смещения<br>белесовато-<br>желтоватых тонов |
| 80                        | ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ<br>ПРИЗНАКАМ<br>НЕПАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ?                             | ПРИЗНАКАМ<br>ОДНОКАМЕРНОЙ                                 | содержимое кисты<br>сероватого цвета и<br>местами на видимую<br>часть стенки кисты<br>наползает печеночная   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | ткань в виде истонченной полоски   |
| 81 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ХОЛЕЦИСТИТА?                                     | стенки желчного пузыря гиперемированы, между стенкой желчного пузыря, большой кривизной антрального отдела желудка и задней поверхностью правой доли печени - мутный выпот     |
| 82 | КАКОВА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ОБРАЗОВАНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА? | желчный пузырь закрыт большим сальником, последний рыхлыми спайками сращен с нижним краем правой доли печени, по краю сращения большой сальник гиперемирован с налетом фибрина |
| 83 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТО-ПАНКРЕАТИТА?  | желчный пузырь сморщен, стенка его уплотнена, белесоватого цвета   |
| 84 | КАКОВЫ ПРЯМЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА?                                    | белесоватого цвета пятна различной величины и формы на париетальной брюшине, серозе абдоминальных органов, большом и малом сальниках   |
| 85 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ БАДДА - ХИАРИ?  | желчный пузырь увеличен в размерах, напряжен   |
| 86 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА?  | передняя стенка желудка по малой кривизне неровная, бугристая, красновато-белесоватого цвета   |
| 87 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА ЖЕЛУДКА?   | перистальтика желудка сохранена  |
| 88 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОСАРКОМЫ В ОРГАНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ?                    | на серозном покрове брыжейки тонкой кишки имеются узловые образования синевато-сероватой   |

|    |   |   |
|----|---|---|
|    |   | окраски с незначительным "пупковидным" втяжением в центре   |
| 89 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КАТАРАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА?                             | напряжение отростка   |
| 90 | КАКИЕ ПРЯМЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА?                      | гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости   |
| 91 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ИЛИИТА?                                 | локальная гиперемия купола слепой кишки   |
| 92 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГИДРОСАЛЬПИНГСА?                                      | сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения с резко выраженной инъекцией                              |
| 93 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГИТА?                             | серозным содержимым заполнены кистоподобные образования в широкой связке матки                                      |
| 94 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГЕМАТОСАЛЬПИНГСА?                                     | серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов                                     |
| 95 | КАКОЙ МЕТОД ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА?                           | эхокардиография (ЭхоКГ)   |
| 96 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА?                                   | из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удается       |
| 97 | КАКОВЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ?                                 | на фоне видимых мелкокистозных изменений яичников в них просматриваются желтые тела на разных фазах своего развития |
| 98 | КАКОВА ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛИМФОРЕИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ?                            | в латеральных каналах брюшной полости беловато-сероватого цвета жидкость  |
| 99 | КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ХОДЖКИНА? | медиастиноскопия с биопсией   |

|     |  |                        |  |
|-----|--|------------------------|--|
| 100 | КАКОВА<br>ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ<br>ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА? | ХАРАКТЕРНАЯ<br>КАРТИНА | клетчатка средостения<br>- диффузный склероз,<br>диаметр лимфоузлов<br>0.3-5 см, цвет "сырого<br>мяса", мягкие |
|-----|--|------------------------|--|

### Задачи

#### *Код контролируемой компетенции*

ОПК-1 - Способен использовать и применять фундаментальные и прикладные медицинские, естественнонаучные знания для постановки и решения стандартных и инновационных задач профессиональной деятельности.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

| №  | Код контролируемой компетенции | Содержание задания   | Правильные ответы   |
|----|--------------------------------|--|---|
| 1. | ОПК-1                          | Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.<br>1. Определите неотложное состояние пациента.<br>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи. | 1. Болезнь оперированного желудка. Пострезекционный (демпинг) синдром.<br>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:<br>-госпитализация пациента в хирургическое отделение;<br>-диета (исключение из рациона пищи богатой углеводами, не принимать много жидкости во время приема пищи, частое и дробное питание), желудочный сок с 0,5% раствором новокаина, витаминная терапия (группа В, С), транквилизаторы;<br>-при неэффективности терапии - оперативное лечение-реконструкция гастроэнтероанастомозом. |
| 2. | ОПК-1                          | Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения,  | 1. Острая язва желудка. Осложнение желудочное кровотечение.<br>Обоснование:   |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>которое началось около двух недель назад, отметил усиление болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Однократно была рвота содержимым по типу «кофейной гущи». Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм. рт. ст.</p> <p>1. Определите и обоснуйте неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>бледность кожных покровов, холодный липкий пот, головокружение, слабость (коллаптоидное состояние);<br/> - частый и мягкий пульс, снижение АД.<br/> - рвота содержимым по типу «кофейной гущи»;</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</li> <li>- проведение инфузионной терапии с целью восполнения ОЦК;</li> <li>- введение кровоостанавливающих препаратов;</li> <li>- проведение ФГС после стабилизации состояния пациента, с целью выявления источника кровотечения и проведение лечебных эндоскопических мероприятий по прижиганию кровоточащих сосудов язвы.</li> </ul> |
|--|--|--|--|

***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 открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|    |       |   |   |
|----|-------|---|---|
| 3. | ОПК-2 | <p>Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p>                  | <p>1. Острая паралитическая кишечная непроходимость (послеоперационный парез кишечника).</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-введение спазмолитических препаратов (Платифиллин, Дротаверин);</li> <li>-очистительная клизма;</li> <li>-введение адреномиметиков для стимуляции перистальтики кишечника;</li> <li>-физиотерапевтическое лечение с применением электроток.</li> </ul> |
| 4. | ОПК-2 | <p>Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза — более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании rectum — ампула прямой кишки</p> | <p>1. Острая кишечная непроходимость. Рак толстого кишечника.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</li> <li>-после стабилизации состояния пациента - проведение оперативного лечения – резекция части пораженного кишечника с наложением анастомоза или выведением колостомы.</li> </ul>                              |

|    |       |  |  |
|----|-------|--|--|
|    |       | <p>пустая, анализ крови: эр.-<math>3,1 \times 10^{12}/л</math>; Нб — <math>102 г/л</math>; L - <math>6,5 \times 10^9/л</math>.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p>  |  |
| 5. | ОПК-2 | <p>У больной с 35 - недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура <math>37,8С</math>. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицательный. Лейкоцитов в крови <math>16,0 \times 10^9/л</math>. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Острый аппендицит.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br/>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;<br/>-аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову (учитывая беременность).</p> |

### ***Код контролируемой компетенции***

ОПК-3 - Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|    |       |  |   |
|----|-------|--|---|
| 6. | ОПК-3 | <p>Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.</p> <p>При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД — 18 в 1 минуту. Пульс — 76 в 1 минуту, ритмичный. АД — 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания медицинской помощи.</p> | <p>1. Спаечная кишечная непроходимость</p> <p>2. Алгоритм оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</li> <li>-введение спазмолитических препаратов (Платифиллин, Дротаверин);</li> <li>-лапароскопическое рассечение спаек брюшной полости в плановом порядке.</li> </ul>                    |
| 7. | ОПК-3 | <p>Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечно-ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно</p>  | <p>1. Спаечная кишечная непроходимость</p> <p>2. Алгоритм оказания медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</li> <li>-введение спазмолитических препаратов (Платифиллин, Дротаверин);</li> <li>-после стабилизации состояния пациента показано лапароскопическое рассечение спаек брюшной</li> </ul> |

|    |       |  |   |
|----|-------|--|---|
|    |       | <p>купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании — следы кала обычной окраски.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определите неотложное состояние пациента.</li> <li>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</li> </ol>  | <p>полости в экстренном порядке.</p>  |
| 8. | ОПК-3 | <p>Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38 С. Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правосторонняя паховая грыжа. Осложнение - ущемление.</li> <li>2. Алгоритм оказания неотложной помощи: -проведение экстренного оперативного лечения (пластика грыжевых ворот по Лихтенштейну с использованием сетчатого импланта).</li> </ol> |

|    |       |  |   |
|----|-------|--|---|
|    |       | <p>раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p>   |   |
| 9. | ОПК-3 | <p>Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Рак толстого кишечника. Осложнение - острая толстокишечная непроходимость.</p> <p>Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <p>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</p> <p>-после стабилизации состояния пациента - проведение оперативного лечения – резекция части пораженного кишечника с наложением анастомоза или выведением колостомы.</p> |

|     |       |  |   |
|-----|-------|--|---|
| 10. | ОПК-3 | <p>У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3x4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p> | <p>1. Грыжа пищевода.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <p>-оперативное лечение в плановом порядке (операция фундопликация по Ниссену);</p> <p>-послеоперационное назначение препаратов уменьшающих симптомы дисфагии: Омепразол, Гевискон.</p> |
|-----|-------|--|---|

**Код контролируемой компетенции**

ОПК-8 - Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|     |       |  |  |
|-----|-------|--|--|
| 11. | ОПК-8 | <p>У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p> | <p>1. Сужение пищевода неустановленной этиологии, осложненное дисфагией.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <p>-проведение ФГС и рентгенографии пищевода;</p> <p>-после установления диагноза (пищевод Баретта, рубцовое сужение, ахалазия кардии), госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара для определения дальнейшей тактики хирургического лечения.</p> |
| 12. | ОПК-8 | <p>Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка,</p>   | <p>1. Несостоятельность послеоперационных швов. Осложнение: перитонит, острая паралитическая</p>   |

|     |       |  |   |
|-----|-------|--|---|
|     |       | <p>осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 С. Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тыс. Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>кишечная непроходимость (парез кишечника).</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-проведение инфузионной спазмолитической и антибактериальной терапии;</li> <li>-промывание брюшной полости через дренажи растворами антибиотиков;</li> <li>-при неэффективности проводимого лечения – релапаротомия.</li> </ul> |
| 13. | ОПК-8 | <p>Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: В области ануса на 5 – 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>  | <p>1. Острый гнойный парапроктит</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-вскрытие и дренирование гнояника в условиях поликлиники;</li> <li>-назначение перевязок с мазью Левомеколь и антибиотикотерапия.</li> </ul>   |
| 14. | ОПК-8 | <p>Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе,</p>   | <p>1.Хронический комбинированный геморрой.</p>  |



|     |       |   |  |
|-----|-------|---|--|
|     |       | <p>выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.<br/>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>  | <p>Осложнение кровотечения.<br/>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br/>-госпитализация пациента в проктологическое отделение стационара;<br/>-перевязка кровоточащих геморроидальных узлов в условиях операционной;<br/>-в дальнейшем операция - геморроидэктомия по Миллиган-Моргану в плановом порядке.</p>                     |
| 15. | ОПК-8 | <p>Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нв – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.<br/>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Несостоятельность кишечного анастомоза. Осложнение: перитонит.<br/>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br/>-проведение инфузионной антибактериальной терапии с целью стабилизации состояния пациента;<br/>-релапаротомия с целью ревизии источника перитонита и повторного наложения анастомоза или выведение колостомы.</p> |

### *Код контролируемой компетенции*

ПК-2 - Способен интерпретировать результаты лабораторных исследований и консультировать врачей клиницистов по особенностям интерпретации данных и рекомендовать им оптимальные алгоритмы лабораторной диагностики.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|     |      |   |  |
|-----|------|---|--|
| 16. | ПК-2 | <p>Больной 50 лет поступил в отделение с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, резкую слабость. Заболел 3 дня назад, когда внезапно возникли сильные боли в правой поясничной области. Сутки назад появилось учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, повышение температуры тела до 39-40°, сегодня дважды был озноб. При осмотре больной адинамичен, бледен, температура 39,5°, пульс до 100 уд, в мин., ритмичный, АД 90/50 мм рт.ст. Живот напряжен в правой половине, болезненный в глубине подвздошной области и вверх по боковому каналу. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пальпируется болезненный полюс правой почки. Симптом Пастернацкого положительный справа. В общем анализе мочи — протеинурия 0,065 г/л, лейкоцитов до 10 в п/зр., эритроцитов до 20-30 в п/зр. В общем анализе крови — лейкоцитов до 15000 со сдвигом влево, СОЭ 45 мм/час. По данным УЗИ определяется уретеропиелозктазия справа, утолщение паренхимы почки, неровность ее контура, гипоехогенное образование в нижнем полюсе почки. На фоне полного мочевого пузыря нельзя исключить конкремент 10 мм в нижней трети мочеточника.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.<br/>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Острая почечная колика на фоне мочекаменной болезни.<br/>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br/>- проведение инфузионной спазмолитической терапии с целью купирования болевого синдрома;<br/>- оперативное удаление конкремента из нижней трети мочеточника справа.</p> |
| 17. | ПК-2 | <p>Больной В., 34 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на незаживающую язву правой голени. В</p>  | <p>1. Рожистое воспаление правой голени.<br/>2. Алгоритм оказания</p>  |

|     |      |  |  |
|-----|------|--|--|
|     |      | <p>детстве была травма голени – скальпированная рана. В последующем сформировался деформирующий рубец, легко травмируемый. Периодически в области рубца образовывалась поверхностная язва, которая закрывалась после лечения мазевыми повязками. Последнее обострение месяц назад — появилась язва в области рубца, размерами до 1 см в диаметре, эффекта от лечения мазевыми повязками нет, язва увеличилась до 3-х см в диаметре, края стали плотными, подрытыми, пальпация безболезненная. В правой паховой области пальпируются два плотных малоподвижных безболезненных узла 1 см и 1,5 см в диаметре.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>  | <p>врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-иссечение язвы правой голени в условиях поликлиники;</li> <li>-перевязки с гидрофильными мазями;</li> <li>-назначение антибиотикотерапии.</li> </ul>  |
| 18. | ПК-2 | <p>Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой – на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5x1,0 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной</p> | <p>1. Рак молочной железы.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в онкологический диспансер;</li> <li>-резекция опухоли молочной железы;</li> <li>-назначение химио- или лучевой терапии в зависимости от тяжести заболевания и наличия метастазов.</li> </ul> |

|     |      |   |  |
|-----|------|---|--|
|     |      | <p>железы определяется уплотнение 2x2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>  |  |
| 19. | ПК-2 | <p>У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе слева, в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин, ампициллин, но состояние прогрессивно ухудшалось. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль преимущественно в затылочной области, оцепенелость затылка, слабость, тошноту, рвоту, высокую температуру, диплопию. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в 1 минуту, артериальное давление 105/70 мм. рт. ст. Одышка в покое до 20-22 в 1 минуту. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги. Местный статус: лицо отечно, слева глаз заплыл, выбухает вперед, глазная щель – 4 мм. В области левой носогубной складки болезненный инфильтрат 1x4 см, распространяющийся к углу глаза, гиперемия, участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы кпереди появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц. Осмотр окулиста: слева признаки венозного глазного застоя, ограничение движений глазного яблока, отек соска с застоем и венозными кровоизлияниями.</p> | <p>1. Фурункул верхней губы. Осложнение - тромбофлебит лицевых вен.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br/>-госпитализация пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии;<br/>-вскрытие и дренирование гнояника;<br/>-назначение антибиотико- и тромболитической терапии.</p> |

|     |      |   |  |
|-----|------|---|--|
|     |      | <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p>   |  |
| 20. | ПК-2 | <p>В хирургическое отделение районной больницы доставлен мальчик 9 лет с жалобами на резкую боль в правом бедре, потрясающий озноб с повышением температуры до 39,6С, головную боль, рвоту. За пять суток до этого лечился по поводу острого респираторного заболевания. При осмотре состояние тяжелое, лицо бледное, кожа сухая. Пульс 120 в мин., АД 90 и 55 мм. рт. ст. Правая нога полусогнута в коленном суставе, бедро увеличено в объеме на 2 см, кожа незначительно гиперемирована, горячая. Место наибольшей болезненности на передней поверхности нижней трети бедра.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p> | <p>1. Тромбофлебит правой нижней конечности.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <p>-госпитализация пациента в хирургическое отделение стационара;</p> <p>-иммобилизация конечности, ношение компрессионного трикотажа;</p> <p>-назначение антикоагулянтов и мазей на основе гепарина.</p> |

***Код контролируемой компетенции***

ПК-13 - Способен к выполнению фундаментальных научных биомедицинских исследований.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|     |       |  |   |
|-----|-------|--|---|
| 21. | ПК-13 | <p>Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток. Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>                       | <p>1. Хронический запор.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-очистительная сифонная клизма;</li> <li>-назначение слабительных препаратов на постоянной основе;</li> <li>-диета богатая растительной клетчаткой.</li> </ul>  |
| 22. | ПК-13 | <p>Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 – 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой нижней конечности бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить на бедренной артерии в паховой области (ослаблен) и на подколенной артерии слева, где он резко ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p> | <p>1. Атеросклероз левой нижней конечности, синдром Лериша, стеноз подколенной артерии слева, хроническая ишемия левой нижней конечности.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в отделение сердечно-сосудистой хирургии;</li> <li>-проведение ангиографии сосудов нижних конечностей;</li> <li>-эндартерэктомия и установка стента или шунтирование сосудов подколенной артерии слева;</li> <li>-пожизненное назначение статинов и антикоагулянтов.</li> </ul> |
| 23. | ПК-13 | <p>У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на</p>   | <p>1. Мерцательная аритмия. Осложнение: окклюзия подколенной артерии справа, острая ишемия правой нижней конечности.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в</li> </ul>  |

|     |       |   |  |
|-----|-------|---|--|
|     |       | <p>ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные – в полном объеме. Тактильная и проприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под паупартовой связкой усилена, на остальных уровнях – отсутствует.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p>  | <p>отделение сердечно-сосудистой хирургии;</p> <p>-проведение ангиографии сосудов нижних конечностей;</p> <p>-рентгенэндоваскулярная тромбэктомия из артерий нижних конечностей;</p> <p>-послеоперационное назначение антикоагулянтов.</p>   |
| 24. | ПК-13 | <p>Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Варикозная болезнь. Осложнение: тромбофлебит левой нижней конечности.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <p>-госпитализация пациента в отделение сердечно-сосудистой хирургии;</p> <p>-постельный покой, ношение компрессионного трикотажа;</p> <p>-назначение антикоагулянтов и мазей на основе гепарина;</p> <p>-операция Троянова-Трендельбурга в плановом порядке.</p> |
| 25. | ПК-13 | <p>У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 0С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется</p>  | <p>1. Абсцесс левого легкого.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <p>-госпитализация пациента в отделение торакальной хирургии;</p> <p>-дренирование плевральной полости Бюлау;</p> <p>-назначение антибиотикотерапии;</p> <p>-при неэффективности лечения – операция резекция части легкого.</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.<br>1. Определите неотложное состояние пациента.<br>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи. |  |
|--|--|--|--|

**Код контролируемой компетенции**

ПК-14 - Способен к выполнению прикладных и поисковых научных биомедицинских исследований и разработок.

На открытое задание рекомендованное время – 10 мин.

|     |       |   |  |
|-----|-------|---|--|
| 26. | ПК-14 | Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, переболел вирусным гепатитом С. Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогих местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются кровоточащие геморроидальные узлы.<br>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.<br>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. | 1. Цирроз печени алкогольной этиологии. Осложнение: геморроидальное кровотечение.<br>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:<br>-госпитализация пациента в проктологическое отделение стационара;<br>-перевязка кровоточащих геморроидальных вен;<br>-назначение кровоостанавливающих препаратов;<br>-лечение основного заболевания (цирроз печени) у инфекциониста. |
| 27. | ПК-14 | Больной 50 лет поступил с жалобами на тупые почти постоянные боли в эпигастрии, принимающие опоясывающий характер. Боли усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Отмечает слабость, за последние 2 месяца похудел на 4 кг. Стул неустойчивый: часто поносы, обильный, зловонный, жирный. Заболевание связывает с перенесенным 5 лет назад приступом острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. Последние 2 месяца появилась желтуха, которая   | 1. Рак поджелудочной железы. Осложнение: механическая желтуха.<br>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:<br>-проведение ЭРХПГ с целью определения источника желтухи;<br>-панкреатодуоденальная резекция в плановом порядке.  |



|     |       |   |   |
|-----|-------|---|---|
|     |       | <p>постепенно нарастает. Объективно: Пониженного питания, склеры желтые. Кожный покров бледный с желтушным оттенком. В легких хрипов нет, одышки не отмечено. Живот не вздут, мягкий, при пальпации незначительная болезненность в эпигастральной области по ходу поджелудочной железы, где отчетливо определяется передаточная пульсация аорты. Аускультативно: шумов нет. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз – 9,6. Со стороны красной крови умеренная анемия.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>   |   |
| 28. | ПК-14 | <p>Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов. При поступлении состояние тяжелое. Возбуждена. Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 0С, одышка до 32, дыхание поверхностное, пульс слабый 140 в 1 минуту, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена, пульсация аорты выше пупка не определяется. В отлогих местах брюшной полости при перкуссии притупление, слабо выражены перитонеальные симптомы. Лейкоцитоз – 18 тыс. Диастаза мочи – 4096 ед. На ЭКГ – признаки очаговой гипоксии миокарда.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.</p> | <p>1. Острый инфаркт миокарда.</p> <p>Осложнение мезентериальный тромбоз.</p> <p>2. Алгоритм оказания неотложной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в отделение АИР;</li> <li>-тромболизисная терапия;</li> <li>-оперативное лечение мезентериального тромбоза – ревизия и резекция некротизированной части кишечника;</li> <li>-послеоперационная тромболизисная и антибиотикотерапия.</li> </ul> |
| 29. | ПК-14 | <p>Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность,</p>  | <p>1. Тиреотоксический зоб. Осложнение тиреотоксикоз.</p>   |

|     |       |  |   |
|-----|-------|--|---|
|     |       | <p>плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p> | <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в хирургическое отделение;</li> <li>-оперативное лечение - резекция части или доли щитовидной железы;</li> <li>-пожизненное назначение гормонов щитовидной железы.</li> </ul>   |
| 30. | ПК-14 | <p>В приемное отделение доставлен больной 48 лет в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников он много лет страдал болями в эпигастрии. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты съеденной пищей, он сильно похудел (на 9 кг).</p> <p>Объективно: Больной истощен, кожа и видимые слизистые – бледные, сухие, в эпигастральной области имеется гиперпигментация кожи. Живот мягкий, пальпаторно в эпигастрии "шум плеска", аускультативно – желудок увеличен. Пульс 110 в минуту. АД 100/70 мм.рт.ст.</p> <p>1. Определите неотложное состояние пациента и осложнение.</p> <p>2. Составьте алгоритм оказания врачебной помощи.</p>              | <p>1. Рак желудка.<br/>Осложнение канцероматоз.</p> <p>2. Алгоритм оказания врачебной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-госпитализация пациента в паллиативное отделение онкодиспансера;</li> <li>-операция - наложение гастроэнтероанастомоза для питания пациента;</li> <li>-назначение обезболивающих препаратов.</li> </ul> |

## **КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Проведение контроля знаний по дисциплине предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. Обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. Определить глубину знаний программы;
3. Определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. Определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ;
5. Определить умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«отлично»** заслуживает ответ, содержащий:

- Глубокое и систематическое знание всего программного материала;
- Свободное владение научным языком и терминологией;
- Логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«хорошо»** заслуживает ответ, содержащий:

- Знание важнейших разделов и основного содержания программы;
- Умение пользоваться научным языком и терминологией;
- В целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа;
- Умение выполнять предусмотренные программой задания.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы;
- Затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- Стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ;
- Затруднения при выполнении предусмотренных программой задания.

Оценки **«неудовлетворительно»** заслуживает ответ, содержащий:

- Незнание вопросов основного содержания программы;
- Неумение выполнять предусмотренные программой задания.