МЧС РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ имени А.М. НИКИФОРОВА»
институт дополнительного профессионального образования
«Экстремальная медицина»

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ ВЦЭРМ
им. А.М. Никифорова
МЧС России
Заслуженный врач РФ
доктор медицинских наук профессор

_____ С.С. Алексанин

«24» июня 2019 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.67

Хирургия

Основная профессиональная образовательная программа – программа подготовки кадров высшей квалификации

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1110

Квалификация:
Врач-хирург

Форма обучения:
очная

Санкт-Петербург 2019

Оглавление

Общие положения 3
Дисциплина Б1.Б.1 Хирургия 8
Дисциплина Б1.Б.2 Патологическая анатомия 98
Дисциплина Б1.Б.3 Общественное здоровье и здравоохранение 135
Дисциплина Б1.Б.4 Педагогика 165
Дисциплина Б1.Б.5 Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций 188
Дисциплина Б1.Б.6 Микробиология 201
Дисциплина Б1.В.ОД.1 Торакальная хирургия 221
Дисциплина Б1.В.ОД.2 Эндоскопия 238
Дисциплина Б1.В.ОД.3 Обучающий симуляционный курс 279
Дисциплина Б1.В.ДВ.1 Трансплантология 297
Дисциплина Б1.В.ДВ.1 Эндовидеохирургия 309
Дисциплины Б2.1. Производственная (клиническая) практика базовая, Б2.2. Производственная (клиническая) практика вариативная 325
Дисциплина ФТД 1. История медицины 408

Общие положения

Методические материалы и критерии оценки для проведения контроля

Проведение текущего контроля знаний, умений и владений по специальности «Хи» осуществляется путем учета посещения занятий, заполнения отчета по практике ординатора, устного опроса ординатора на занятиях. Промежуточная аттестация ординаторов после освоения каждого раздела дисциплин осуществляется посредством устного собеседования по контрольным вопросам и результатов тестов, а также клинических (ситуационных) задач). Каждый ординатор получает 2 вопроса, готовится в течение 10 минут, после чего дает устный ответ. В случае тестирования, каждый ординатор получает тест, состоящий из 20 вопросов, отвечает в течение 30 минут, после чего сдает тест на проверку. Критерием зачета по результатам тестирования является 70 и более процентов правильных ответов. В случае получения клинической (ситуационной) задачи, каждый ординатор получает билет с задачей, в течение 30 минут готовится, после чего дает устный ответ на вопросы задачи. Ответ оценивается по системе зачтено/не зачтено.

Итоговый контроль знаний, умений, владений по окончании дисциплин проводится в форме недифференцированного зачета или экзамена. Недифференцированный зачет проводится в устной форме по билетам. При проведении устного недифференцированного зачета экзаменационный билет выбирает сам аттестуемый ординатор. Билет содержит клиническую (ситуационную) задачу. Во время проведения недифференцированного зачета ординатору разрешается оформлять ответы на вопросы билета в письменном виде либо полностью, либо тезисно. Время подготовки для ответа на вопросы, содержащиеся в билете 30 минут. Оценка по результатам объявляется аттестуемому ординатору после окончания ответа по билету.

Экзамен проводится по дисциплине «Хирургия» ежегодно (после 1-го и 2-го года обучения). Экзамен проводится в устной форме по билетам. Билет содержит теоретические вопросы и клиническую (ситуационную) задачу. Во время проведения экзамена ординатору разрешается оформлять ответы на вопросы билета в письменном виде либо полностью, либо тезисно. Время подготовки для ответа на вопросы, содержащиеся в билете, 60 минут. Оценка по результатам объявляется аттестуемому ординатору после окончания ответа по билету.

Критерии оценки результатов итоговой аттестации (экзамена)

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
отлично	Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, которое демонстрирует полное соответствие знаний, умений, навыков приведенным в таблицах показателям, оперирует приобретенными знаниями, умениями, применяет их в ситуациях повышенной сложности. Оценка «отлично» выставляется обучающемуся лицу, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

хорошо	Оценка «хорошо» выставляется, если обучающееся лицо твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Обучающееся лицо демонстрирует частичное соответствие знаний, умений, навыков, основные знания, умения освоены, но допускаются незначительные ошибки, неточности, затруднения при аналитических операциях, переносе знаний и умений на новые, нестандартные ситуации
удовлетворительно	Оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ. Обучающееся лицо демонстрирует неполное соответствие знаний, умений, навыков, в ходе контрольных мероприятий обучающееся лицо допускаются значительные ошибки, проявляется отсутствие знаний, умений, навыков по ряду показателей, обучающееся лицо испытывает значительные затруднения при оперировании знаниями и умениями при их переносе на новые ситуации.
неудовлетворительно	Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающееся лицо не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы, демонстрирует явную недостаточность знаний, умений, навыков в соответствие с приведенными показателями.

	Наименование дисциплин (модулей) в соответствии с учебным планом	Универсальные компетенции		
		Код компетенции, содержание компетенции (УК-1)	Код компетенции, содержание компетенции (УК-2)	Код компетенции, содержание компетенции (УК-3)
Блок 1	Дисциплины (модули)			
Б1.Б	Базовая часть			
Б1.Б.1	Хирургия	+		
Б1.Б.2	Патологическая анатомия	+		
Б1.Б.3	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+	
Б1.Б.4	Педагогика	+	+	+
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций	+	+	

Б1.Б.6	Микробиология	+		
Б1.В	Вариативная часть			
Б1.В.ОД	Обязательные дисциплины			
Б1.В.ОД.1	Торакальная хирургия	+		
Б1.В.ОД.2	Эндоскопия	+		
Б1.В.ОД.3	Обучающий симуляционный курс	+		
Б1.В.ДВ	Дисциплины по выбору			
Б1.В.ДВ.1.1	Трансплантология	+		
Б1.В.ДВ.1.2	Эндовидеохирургия			
Блок 2	Практики			
Б2.1	Производственная (клиническая) практика (базовая)	+		
Б2.2	Производственная (клиническая) практика (вариативная)	+		
ФТД				
ФТД.1	История медицины	+		

	Наименование дисциплин (модулей) в соответствии с учебным планом	Профессиональные компетенции											
		Код компетенции, содержание компетенции (ПК-1)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-2)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-3)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-4)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-5)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-6)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-7)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-8)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-9)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-10)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-11)	Код компетенции, содержание компетенции (ПК-12)
Блок 1	Дисциплины (модули)												
Б1.Б	Базовая часть												
Б1.Б.1	Хирургия					+	+		+				
Б1.Б.2	Патологическая анатомия					+							
Б1.Б.3	Общественное здоровье и здравоохранение	+	+		+					+	+	+	
Б1.Б.4	Педагогика									+			
Б1.Б.5	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций			+				+					+
Б1.Б.6	Микробиология					+							
Б1.В	Вариативная часть												
Б1.В.ОД	Обязательные дисциплины												
Б1.В.ОД.1	Торакальная хирургия					+	+						
Б1.В.ОД.2	Эндоскопия					+	+						
Б1.В.ОД.3	Обучающий симуляционный курс					+	+	+					
Б1.В.ДВ	Дисциплины по выбору												

Б1.В.ДВ.1													
Б1.В.ДВ.1.1	Трансплантология					+	+						
Б1.В.ДВ.1.2	Эндовидеохирургия					+	+						
Блок 2	Практики												
Б2.1	Производственная (клиническая) практика (базовая)	+	+			+	+		+				
Б2.2	Производственная (клиническая) практика (вариативная)	+	+			+	+		+				

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.1 Хирургия

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	279
Тестовые задания	373
Ситуационные (клинические) задачи	65

Оценивание обучающегося при тестировании (из 50 тестовых заданий)

Оценка (пятибалльная)	Количество верных ответов
отлично	40-50
хорошо	30-40
удовлетворительно	20-30
неудовлетворительно	0-20

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача № 1.

У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0 °С. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массировании околоушной слюнной железы из слюнного (стенонова) протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.
3. Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?
4. Назовите возбудителя инфекции.
5. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?
6. Почему у больной с клиникой абсцесса не определяется симптом флуктуации?
7. Назовите основные методы лечения.
8. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?
9. Какое анатомическое образование нужно учитывать при вскрытии абсцесса?
10. .Целесообразна ли новокаиновая блокада звездчатого узла?
11. Профилактика данного осложнения.

Задача № 2.

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье.

Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекла, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38°С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность,

температура тела повысилась до 40°С, появились головные боли и сухость во рту.

При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Температура тела 39,5°С. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените тяжесть состояния пациента.
3. К какой группе заболевании относится, назовите основных возбудителей данного заболевания?
4. Какие формы данного заболевания различают?
5. Как данное заболевание делится по локализации, укажите специальные названия отдельных видов?
6. Расскажите об основных принципах лечения и тактике ведения больных?
7. Какие виды лечения применяют и в каких случаях?
8. В каком конкретном лечении нуждается данный пациент?
9. Какие осложнения данного заболевания возникают?
10. Осложнением каких заболеваний может быть данное состояние?

Задача № 3.

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

Задача № 4.

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5ºС.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32×10^9/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?

6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

Задача № 5.

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты 12×10^9/л., амилаза крови 56 Ед/л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°С. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела 39,8°С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты $30x10^9$/л, мочевой пузырь пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевина 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояние.
3. Какие клинико-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

Задача № 6.

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний

1. Принципы оценки функционального состояния органов и систем, определение степени риска оперативного вмешательства. Содержание, основные задачи и особенности предоперационной подготовки при различных заболеваниях и состояниях.
2. Классификация кровотечений. Операционные и послеоперационные кровотечения. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Определение величины кровопотери. Нарушение функции органов и систем при кровопотере.
4. Основные возбудители хирургических инфекций;
5. Патогенез хирургических инфекций;
6. Классификация хирургических инфекций;
7. Клинические синдромы при хирургических инфекциях;
8. Принципы и методы диагностики хирургических инфекций;
9. Основы дифференциальной диагностики хирургических инфекций;
10. Госпитальная инфекция, ее источники, возбудители, пути распространения;
11. Методы профилактики госпитальной инфекции в лечебных учреждениях.
12. Биологические особенности клостридий и неклостридиальных анаэробов.
13. Патогенез анаэробных инфекций.
14. Методы экспресс-диагностики анаэробных инфекций.
15. Этиология и патогенез столбняка.
16. Клиника и диагностика столбняка.
17. Этиология и патогенез сепсиса.
18. Патогенез и клинические формы септического шока.
19. Принципы диагностики сепсиса. Вероятностные и достоверные признаки сепсиса.
20. Диагностика септического шока.
21. Этиология, патогенез, клиническое течение панарициев.
22. Этиология, патогенез, клиническое течение флегмон кисти.
23. Этиология, патогенез, клиническое течение флегмон стопы.
24. Значение микротравмы в возникновении и развитии гнойных процессов кисти, стопы.
25. Классификация, этиология и патогенез парапроктитов.
26. Клиника и диагностика острого парапроктита.
27. Диагностика и дифференциальная диагностика эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
28. Классификация, патогенез и клиника эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
29. Клиника и диагностика параректальных свищей.
30. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика.
31. Атипичные формы острого аппендицита и их клиническое течение в зависимости от возраста больного, расположения червеобразного отростка и механизма развития заболевания.
32. Этиология и патогенез острого и хронического маститов.
33. Клиника и диагностика маститов. Дифференциальная диагностика.
34. Классификация маститов.
35. Причины и виды перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
36. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика, прободных язв.
37. Этиология и патогенез желудочно-кишечных кровотечений. Классификация в зависимости от источника и тяжести кровопотери. Современные методы диагностики. Роль неотложной диагностической и лечебной эндоскопии.
38. Этиология, патогенез, классификация острого холецистита.
39. Клиника, диагностика острого холецистита.
40. Этиология, патогенез, классификация острого панкреатита.
41. Клиника, диагностика острого панкреатита.
42. Современное состояние проблемы и возможности ранней диагностики перитонита.

43. Этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика перитонита. Пункционное и хирургическое дренирование абсцессов брюшной полости как осложнения перитонита.
44. Ранняя послеоперационная непроходимость как осложнение перитонита.
45. Клинические проявления, диагностика и алгоритм дифференциальной диагностики инородных тел ЖКТ
46. Диагностика повреждений паренхиматозных и полых органов. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
47. Общее учение о грыжах. Классификация грыж живота. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе грыж передней брюшной стенки. Составные части грыжи. Симптоматология.
48. Варикозная болезнь. Общее понятие о варикозной болезни. Классификация. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе варикозной болезни. Симптоматология. Современные методы диагностики. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных.
49. Специальные методы исследования при болезнях сердца.
50. Современные представления об этиологии и патогенезе желчнокаменной болезни. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение желчнокаменной болезни. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству.
51. Классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматология.
52. Современное состояние проблемы и возможности диагностики заболеваний поджелудочной железы.
53. Методы исследования поджелудочной железы и её функций.
54. Аномалии и пороки развития поджелудочной железы, диагностика. лечение.
55. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита, болезни Крона, хронического аппендицита, кишечных свищей.
56. Методы диагностики заболеваний тонкой и толстой кишки.
57. Современное состояние проблемы и возможности диагностики абсцессов и паразитарных заболеваний печени.
58. Современное состояние проблемы и понятие о синдрома портальной гипертензии. Классификация. Патогенез синдрома. Сущность гемодинамических нарушений.
59. Основные клинические проявления синдрома портальной гипертензии (спленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода), их патогенез.
60. Гормонально–активные опухоли надпочечников
61. Клинико-лабораторные проявления первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна), патогенез, диагностический поиск, лечение;
62. Общие закономерности опухолевого роста;
63. Принципы классификации новообразований;
64. Принципы диагностики новообразований;
65. Ранняя диагностика злокачественных опухолей. Активное выявление больных со злокачественными опухолями;
66. Понятие о группах риска и онкологической настороженности;
67. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы с другими заболеваниями щитовидной железы.
68. Классификация заболеваний молочной железы. Клиническая и инструментальная диагностика.
69. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода.
70. Методы диагностики рака пищевода.
71. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей желудка.
72. Методы диагностики опухолей желудка.
73. Классификация опухолей поджелудочной железы

74. Патогенез механической желтухи и органического гиперпигментизма, а также синдрома Цоллингера-Эллисона у больных с новообразованиями поджелудочной железы.
75. Методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики опухолей поджелудочной железы
76. Алгоритм дифференциальной диагностики гормонально-активных новообразований поджелудочной железы
77. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей тонкой кишки и брыжейки.
78. Методы диагностики опухолей тонкой кишки и брыжейки.
79. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки.
80. Методы диагностики опухолей толстой кишки.
81. Тактика лечения доброкачественных опухолей толстой кишки.
82. Забрюшинные опухоли: классификация, симптоматология, диагностика и дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
83. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей прямой кишки.
84. Методы диагностики опухолей прямой кишки.

Тестовые задания

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

а) Центральный рак легкого
б) Доброкачественную опухоль (центральную)
в) Пневмонию
г) Пневмоторакс
д) Инородное тело

2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

а) о холедохолитиазе
б) о сальмонеллезе желчного пузыря
в) о внутренней желчной фистуле
г) о желудочно-толстокишечной фистуле
д) о холецистите

3. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:

а) тромбоз селезеночной или воротной вены
б) опухолевые поражения печени
в) цирроз печени
г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
д) синдром Бадд-Хиари

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:

а) лапароскопии
б) пневмомедиастинографии
в) ангиографии печени
г) рентгеноскопии пищевода и желудка
д) динамической гепатобилиосцинтиографии

5. Для распознания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная

томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 1, 2, 4, 5

6. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

а) Острый панкреатит
б) Механическая желтуха
в) Хронический панкреатит
г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

а) Пероральная холецистография
б) Внутривенная холецистохолангиография
в) Ретроградная холангиография
г) Сцинтиграфия печени
д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

а) С томографии легких
б) С прицельной рентгенографии
в) С бронхографии
г) С суперэкспонированной рентгенографии
д) С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

а) Пневмомедиастиноскопия
б) Бронхография
в) Бронхоскопия
г) Пневмомедиастинотография
д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:

а) Для постхолецистэктомического синдрома
б) Для острого панкреатита
в) Для хронического панкреатита
г) Для печеночной недостаточности
д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:

а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
б) Полную обтурацию просвета кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм
д) Наличие чаш Клойбера

13. Барьевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет

а) Наличие чаш Клойбера
б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм
д) Полную обтурацию просвета кишки

14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка

а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
г) Не требуется специальной подготовки
д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования

15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

а) Реовазография
б) Проба Дельбе-Пертеса
в) Флебография
г) Ультрозвуковая доплерография
д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

а) ФГДС
б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
в) Пероральная холецистография
г) Внутривенная холеграфия
д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

а) Ph артериальной крови и СО-2
б) Гемоглобин и гематокрит
в) ЦВД
г) Насыщенность крови кислородом
д) Количество эритроцитов в периферической крови

18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

а) Обзорную рентгенографию брюшной полости

б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
в) ФГДС
г) УЗИ брюшной полости
д) Лапароскопию

19. При подозрение на кровоечение из язвы желудка следует произвести:
а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:
а) Рака толстой кишки
б) Рака поджелудочной железы
в) Рака печени
г) Рака печени и поджелудочной железы
д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 7.

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образовании, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла – элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?

2. Какие методы дополнительной инстументальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Задача № 8.

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?

3. Каким образом можно помочь больному?

Задача № 9.

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренней лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре – перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

Задача № 10.

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидно-клеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

Задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшей на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При ос-мотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5х1,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

Задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4{,}6\times10^{12}$/л, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8{,}4\times10^{9}$/л, формула не изменена. Биохимическое исследование

крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1.Ваш диагноз?

2. Каким образом можно его подтвердить?

3. Как можно помочь больной?

Задача № 13.

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области паль-пируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $4,8\times10^{12}$/л; НЬ –156 г/л; Лейкоциты - $8,4\times10^{9}$/л; СОЭ - 2 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12х10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

4. Как вы закончите операцию?

Задача № 14.

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигаст-рии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты $2,1\times10^{12}$/л, НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

Задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпи-гастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супра-стенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети

тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для под-тверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
4. Ваша тактика в лечении больной?

Задача № 16.

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

Задача № 17.

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически – высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

Задача № 18.

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

Задача № 19.

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут,

при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
3. Какую операцию следует выполнить?

Задача 20.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3{,}6\times10^{12}$/л, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7{,}4\times10^{9}$/л., формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Задача № 21.

У больной В., 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. При осмотре: Состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 92 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Местно: молочные железы имеют грубо дольчатое строение, в верхненаружных квадрантах желез мелкая зернистость, болезненная при пальпации («дробинчатая грудь»), Аксиллярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

1. Какой может быть поставлен диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?
3. Как лечить больную?

Задача № 22.

У больной Ж, 51 года, 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причи-няло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование несколько увеличилось в размерах. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость.

При пальпации в левой доле щитовидной железы опухолевидное образование 4 см в диаметре, поверхность неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены до 3 см,

плотные.

1. Какой вы поставите диагноз?

2. Как можно подтвердить диагноз и какие методы исследования применить для уточнения стадии заболевания?

4. Как будете лечить больную?

Задача № 23.

Больная Б., 61 года, 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет. Беременностей - 4, родов - 2, абортов- 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°С. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла – элементы лимфоидной ткани.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. План лечения больной?

Задача № 24.

Больная К., 51 года, предъявляет жалобы на опухоль в левой молочной железе, наличие язвы на коже левой молочной железы с неприятным запахом. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная обнаружила 2 года назад, за помощью не обращалась. Менопауза 1 год. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,3°С. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.

2. Какова тактика лечения больной?

Задача № 25.

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

1. Назовите вероятный диагноз повреждения.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Сроки начала активных движений в плечевом суставе?
4. Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
5. Способ иммобилизации данного повреждения?
6. Назовите классификацию переломов плечевой кости.
7. Укажите возможные осложнения при переломах плечевой кости.

8. Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости.

9. Назовите классификацию и тактику лечения вывихов плеча в зависимости от давности травмы.

Задача № 26.

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.
5. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении?
6. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
7. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

Задача № 27.

Больной П., 40 лет, упал на ноги с высоты 3-х метров. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, отведена и ротирована кнаружи. Под пупартовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация повреждений области тазобедренного сустава.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Возможные осложнения этого повреждения?
5. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
6. Способы и сроки иммобилизации при данном повре-ждении.
7. Какие еще повреждения могут быть при подобном механизме травмы?

Задача № 28.

Больной А., 30 лет, сбит автомашиной. Доставлен ССМП без транспортной иммобилизации. Состояние тяжелое. Бледен. АД - 80/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Нога резко деформирована в верхней трети, определяется варусное искривление бедра. Здесь же по наружной поверхности бедра рана с рваными краями размерами 4×5 см, кровоточит. Пульс на артериях стопы сохранен, движения в пальцах стопы сохранены.

1. Назовите диагноз повреждения согласно классификации А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
2. Классификация повреждений бедренной кости.
3. Назовите ошибки бригады скорой помощи.
4. Назовите возможные поздние осложнения этого повреждения.
5. Перечислите лечебные мероприятия в должной последовательности.

Задача № 29.

Больной С., 20 лет, спускаясь на лыжах с горы, неожиданно увидел на своем пути большой камень. Резко повернул на лыжах влево и почувствовал сильную боль в правом коленном суставе. Коленный сустав стал быстро увеличиваться в объеме. При поступлении в больницу выявлено, что коленный сустав согнут под углом 20-30 градусов, при попытке активного сгибания голени боли резко усиливаются, активные движения в коленном суставе

невозможны из-за болей.

1. Сформулируйте диагноз повреждения.
2. Какие возможные повреждения коленного сустава при этом могут выявиться?
3. Классификация повреждений коленного сустава.
4. Перечислите лечебные мероприятия.
5. Клиника застарелых повреждений менисков.
6. Оперативное лечение при повреждениях связочного аппарата коленного сустава.

Задача № 30.

Больной М., 16 лет, при нырянии на мелком месте ударился головой о твердое дно реки. Извлечен из воды товарищами. Больной жалуется на потерю чувствительности и отсутствие движений в руках и ногах, а также на затрудненное дыхание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Положение больного при транспортировке в лечебное учреждение.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
5. Классификация повреждений позвоночника.
6. Показания и виды оперативного лечения при переломах позвоночника.

Задача № 31.

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы.
4. Классификация переломов таза.
5. Осложнения при переломах таза.
6. Проблемы и осложнения консервативных методов лечения переломов таза.
7. Современные методы оперативного лечения переломов таза.
8. Назовите этапы и необходимую помощь этому пострадавшему на каждом из них, если бы он находился в действующей армии.

Задача № 32.

Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении.
5. Назовите классификацию повреждений данной области.
6. Показания и способы хирургического лечения переломов костей голени, образующих голеностопный сустав и костей стопы.
7. Перечислите возможные осложнения переломов костей голени, стопы, отметьте пути их профилактики и методы лечения.

Задача № 33.

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра - выявлены

клинические признаки заболевания и рентгенологические симптомы.

1. Каковы ранние клинические признаки врожденного вывиха бедра?
2. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра после 1 года.
3. Назовите основные причины возникновения врожденного вывиха бедра.
4. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра.
5. Дополнительные методы обследования применяемые для диагностики врожденного вывиха бедра.
6. Показания и способы консервативного лечения.
7. Показания и способы хирургического лечения.

Задача № 34.

Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание - 700, разгибание - 00, отведение - 150, приведение - 150, наружная ротация - 00, внутренняя - 00.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Классификация дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (ДДЗС).
5. Этиология и патогенез ДДЗС.
6. Консервативное лечение ДДЗС.
7. Оперативное лечение ДДЗС.
8. Современные методы диагностики и лечения ДДЗС на ранних и поздних стадиях.

Задача № 35.

Больной М., 26 лет, обратился с жалобами на боли в спине и пояснице, боли в области сердца, возникающие при подъеме тяжестей, вынужденном положении, длительном стоянии. Объективно: у больного имеется опущение угла правой лопатки и надплечья на 1,5 см. При наклоне определяется выбухание грудной клет-ки слева. Имеется асимметрия расположения сосков на 1 см. В нижнегрудном и поясничном отделе выражен дефанс паравертебральных мышц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите виды нарушения осанки.
5. Дайте определение сколиоза.
6. Клинические проявления остеохондроза позвоночника в зависимости от локализации.
7. Осложнения остеохондроза.
8. Консервативное лечение остеохондроза.
9. Показания к оперативному лечению.

Задача № 36.

Сержант О., 29 лет, шофер автороты. Получил слепое ранение в правую ягодицу осколком авиабомбы. На большую и кровоточащую рану была наложена давящая повязка из трех индивидуальных пакетов. Попутной машиной раненый с места травмы был доставлен в ОМО через 1,5 часа после ранения.

При поступлении состояние довольно тяжелое. Лежит на животе. Бледен. Пульс 114 в 1 мин. АД 95/40. На правой ягодице повязка, значительно промокшая кровью. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

1. Правильно ли было остановлено кровотечение пострадавшему? Обоснуйте

ответ.

2. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку на МПП?
3. Объем помощи на МПП.
4. В какое подразделение ОМО Вы направите раненого и в какую очередь?
5. Показано ли пострадавшему переливание крови в условиях ОМО?
6. Следует ли провести раненому в ОМО ПХО раны или ее следует отложить до ГБФ, почему?
7. Наложите ли Вы первичные швы на рану после ее ПХО, обоснуйте ответ?
8. Классификация кровотечений.
9. Перечислите методы определения кровопотери.

Задача № 37.

Рядовой П., 22 лет, поступил на МПП через 5 часов после травмы. Во время авиабомбардировки упал с высоты 4-х метров. Ударился затылком о камни, терял сознание, на какой срок не знает. В МПП доставлен сидя. В сознании, но заторможен. При поступлении была рвота. На вопросы отвечает не сразу и односложно, жалобы на сильную головную боль, особенно при взгляде на свет. Пульс 48 в 1 минуту, анизокория: D>S. Левросторонний гемипарез. В правой теменной области припухлость, но повреждения костей не определяется.

1. Каков должен быть объем доврачебной помощи пострадавшему?
2. В каком положении нужно было доставить пострадавшего на МПП?
3. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку пострадавшего?
4. Чем объясните брадикардию?
5. Объем помощи пострадавшему на МПП?
6. Объем помощи на следующих этапах?
7. Классификация ЧМТ.
8. Клинические проявления ушиба головного мозга.

Задача № 38.

Рядовой Н., 30 лет, во время взрыва был придавлен упавшим деревом. Тяжелым стволом были придавлены ноги пострадавшего. После помощи, оказанной пострадавшему на МПП, он был эвакуирован в урологическое отделение торакоабдоминального госпиталя. В этом госпитале на 3-й день после травмы пострадавшему были выполнены "лампасные" разрезы с рассечением фасций на двух бедрах и на левой голени. На 9-й день после травмы состояние пострадавшего тяжелое. Бессонница, тошнота. Пострадавший бледен, изо рта аммиачный запах. Температура 38,6ºС. Пульс 110 ударов в минуту. АД - 180/95. За последние сутки выделил 150 мл мутной, с коричневым оттенком мочи. В моче большое количество белка, эритроциты, почечный эпителий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой период патологического процесса имеется у пострадавшего?
3. В чем должна заключаться первая медицинская помощь?
4. Объем помощи на МПП?
5. Как можно охарактеризовать изменения со стороны почек?
6. Каковы показания, цели и методы хирургического лечения у данной категории больных?
7. Цели и методы консервативного лечения (в том числе и экстракорпоральной детоксикации) в зависимости о стадии течения?
8. Назовите возможные исходы и осложнения данного патологического процесса?

Выздоровление, Контрактуры, Инфицирование и ампутация

Задача № 39.

Сержант Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь наложили жгут в средней трети плеча, использовав для этого кусок шпагата. Попутной машиной раненый был доставлен на МПП. При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. Раненая рука подвешена на поясном ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.

1. Правильно ли был выбран материал для импровизированного жгута?
2. Какие предметы, имеющиеся на самом раненом, могли бы служить материалом для такого жгута?
3. Какие дефекты были допущены при наложении жгута?
4. Как Вы поступите с раненым при осмотре его в сортировочном отделении МПП?
5. Как Вы будете действовать, если при снятии жгута из раны возникло струйное кровотечение алой кровью?
6. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего?
7. Способы временной и окончательной остановки кровотечения?
8. Этапы первичной хирургической обработки ран?
9. Показания к наложению на рану первичных швов?
10. В каких случаях на рану накладываются первичноотсроченные и вторичные швы?

Задача № 40.

Ст. Лейтенант Б., 30 лет, получил ожоги при пожаре на аэродроме. При поступлении через 3 часа в ОМО в первичной медицинской карточке, заполненной в МПП стоит диагноз: Ожоги пламенем лица, правой руки, туловища площадью 20% (из них III-IV - 16%). При поступлении в ОМО состояние тяжелое, несколько возбужден. Жалуется на боли в области ожогов, одышку и сильную жажду. Вздрагивает от приступов озноба. Першение в горле, сухой кашель. Кожа лица отечна и гиперемирована. На щеках, подбородке и ушных раковинах пузыри, веки раскрываются с трудом, выражена гиперемия склер. На туловище спереди, на правой руке и левой кисти повязки, закрывающие ожоговую поверхность. Ожог лица густо смазан синтомициновой эмульсией и прикрыт марлей. Пульс 100 в 1 минуту, АД - 150/75. После травмы не мочился.

1. Какие уточнения диагноза, написанного в мед. карточке необходимо сделать?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи этому пострадавшему?
3. Каков должен быть объем помощи на МПП, в т.ч. при ожоге глаз?
4. Куда и в какую очередь нужно направить раненого из МПП?
5. Дайте классификацию ожогов?
6. Определение ожоговой болезни и ее периоды?

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний

1. Послеоперационные осложнения, классификация.
2. Профилактика и лечение гипоксических состояний, интенсивная терапия дыхательных расстройств и нарушений функций сердечно-сосудистой системы.
3. Тромбозы и эмболии в послеоперационном периоде: причины, диагностика, лечение, профилактика.
4. Нарушения кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного обмена после

хирургических вмешательств: классификация, клиническая и лабораторная диагностика, лечение, профилактика.

5. Печеночная недостаточность в послеоперационном периоде: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
6. Почечная недостаточность: причины, фазность течения, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Гепаторенальный синдром: определение, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к применению гемодиализа и методов экстракорпоральной детоксикации.
7. Эндокринные расстройства в послеоперационном периоде: классификация, патогенез, диагностика, лечение.
8. Нервно-психические расстройства в послеоперационном периоде: причины, классификация, клиника, методы лечения.
9. Способы временной и окончательной остановки кровотечения.
10. Лечение постгеморрагических состояний. Принципы и содержание трансфузионной терапии постгеморрагических состояний.
11. Реинфузия крови, методы, показания и противопоказания к ее применению.
12. Классификация ран. Современные представления о патогенезе раневого процесса. Периоды раневого процесса. Принципы лечения ран.
13. Раневая инфекция: классификация, клинические формы, осложнения. Методы профилактики и лечения раневой инфекции.
14. Принципы лечения хирургических инфекций.
15. Принципы хирургического лечения гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов.
16. Виды операций, выполняемых при лечении гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов; показания, противопоказания к ним.
17. Методы дополнительной интраоперационной санации ран: техника, тактика применения, оценка эффективности.
18. Методы раннего и отсроченного закрытия гнойных ран: техника, тактика применения, оценка эффективности.
19. Задачи и тактика местного медикаментозного лечения гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов.
20. Механизм действия, показания и методика применения протеаз, многокомпонентных мазей, антисептиков, стимуляторов репарации и препаратов других групп.
21. Современные принципы антибактериальной терапии.
22. Фармакокинетика и фармакодинамика антибиотиков, применяемых в лечении хирургических инфекций.
23. Методы антибиотикотерапии: показания, техника выполнения, осложнения. Принципы выбора препарата.
24. Показания, техника и методы детоксикационной терапии (форсированный диурез, экстракорпоральная детоксикация).
25. Неспецифическая и специфическая, пассивная и активная иммунотерапия хирургических инфекций: показания и тактика применения.
26. Показания и тактика применения гипербарической оксигенации
27. Особенности и объем хирургических вмешательств при анаэробных инфекциях.
28. Особенности антибактериальной терапии и общего лечения анаэробных инфекций.
29. Принципы антибактериальной терапии столбняка.
30. Профилактика и лечение судорожного синдрома и осложнений столбняка.
31. Объем интенсивной терапии столбняка.
32. Принципы и методы иммунопрофилактики и иммунотерапии столбняка.
33. Определение и классификация хирургического сепсиса.
34. Программа лечения сепсиса.
35. Неотложная помощь и лечебная программа септического шока.
36. Исходы и прогноз сепсиса
37. Основные возбудители хирургических инфекций;

38. Классификация хирургических инфекций;
39. Принципы и методы диагностики хирургических инфекций;
40. Показания к амбулаторному и стационарному лечению больных с хирургическими инфекциями;
41. Объем помощи, оказываемой на догоспитальном этапе в лечебных учреждениях;
42. Организация работы отделения хирургических инфекций;
43. Классификация гнойных заболеваний кисти и стопы.
44. Принципы профилактики и лечения гнойной инфекции кисти и стопы.
45. Показания и виды операций при гнойных заболеваниях кисти и стопы.
46. Послеоперационное ведение и методы антибактериальной терапии гнойных заболеваний кисти и стопы.
47. Осложнения, последствия и исходы гнойных заболеваний кисти и стопы.
48. Выбор метода оперативного лечения острых парапроктитов.
49. Послеоперационное ведение и исходы острого парапроктита.
50. Принципы и методы оперативного лечения параректальных свищей.
51. Ведение послеоперационного периода и исходы параректальных свищей.
52. Принципы и методы оперативного лечения эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
53. Методы консервативного лечения мастита.
54. Показания и виды операций при маститах.
55. Методы антибактериальной терапии маститов.
56. Общее лечение маститов. Исходы.
57. Хирургическое лечение, ведение послеоперационного периода.
58. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс): диагностика, хирургическая тактика.
59. Осложнения в послеоперационном периоде, их профилактика, диагностика и лечение.
60. Организация неотложной хирургической помощи в стране и достижения отечественной системы здравоохранения в снижении частоты осложнений и летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, в частности, при остром аппендиците.
61. Осложнения грыж (ущемление, невправимость, воспаление).
62. Ущемленные грыжи. Патогенез, классификация, клиника, диагностика. Возможные ошибки в распознавании ущемленных грыж на догоспитальном этапе. Тактика хирурга при ущемленных грыжах. Принципы предоперационной подготовки и оперативного лечения ущемленных грыж.
63. Ущемленные паховые, бедренные, пупочные и белой линии живота грыжи: клиника, диагностика, методы оперативного лечения. Ущемленные грыжи других локализаций: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Показания и виды операций при перфоративных язвах. Методы антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии. Исходы. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
65. Показания к неотложному хирургическому вмешательству при ЖКК. Методы хирургического пособия. Принципы комплексной терапии в послеоперационном периоде. Осложнения. Исходы лечения и пути их улучшения. Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение.
66. Показания и объем оперативного вмешательства при остром холецистите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение.
67. Осложнения острого холецистита: обтурационная желтуха, холангит, обтурационная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
68. Показания и объем оперативного вмешательства при остром панкреатите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение. Исходы. Отдаленные последствия (кисты и свищи поджелудочной железы, нарушения секреторной функции).
69. Послеоперационный панкреатит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика,

лечение и профилактика.

70. Абсцессы брюшной полости: их диагностика и хирургическое лечение.

71. Осложнения и исходы перитонита.

72. Классификация инородных тел ЖКТ по происхождению и локализации, а также возможных осложнений

73. Консервативное и оперативное лечение инородных тел ЖКТ и их осложнений.

74. Механизм повреждений. Классификация, симптоматология.

75. Лапароцентез, лапароскопия при травме живота. Показания к оперативному лечению. Оперативные доступы, выбор объема оперативного вмешательства. Осложнения операций, их профилактика.

76. Повреждения селезенки, их диагностика и хирургическое лечение. Имплантация селезеночной ткани после спленэктомии. Осложнения, исходы.

77. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки.

78. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных с грыжами.

79. Паховые грыжи. Этиология, патогенез, классификация, клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.

80. Грыжи пупочные и белой линии живота. Клиника, диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.

81. Бедренные грыжи. Патогенез и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.

82. Редкие формы грыж брюшной стенки (грыжи спигеллиевой линии, треугольника Пти, запирательного отверстия и пр.): клиника, дифференциальная диагностика и виды операций.

83. Послеоперационные и травматические грыжи передней брюшной стенки. Этиология. Клиническая картина. Показания и выбор метода оперативного лечения. Аллопластика при грыжах живота. Возможные осложнения и пути их предупреждения при оперативном лечении травматических и послеоперационных грыж.

84. Внутренние грыжи живота. Врожденные и приобретенные диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение врожденных, приобретенных и травматических грыж. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Послеоперационные осложнения, их лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.

85. Хирургическая анатомия венозной системы.

86. Оперативное лечение варикозной болезни: показания, выбор метода.

87. Техника комбинированной флебэктомии. Осложнения, их диагностика и лечение.

88. Флеботромбозы и тромбофлебиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Осложнения.

89. Консервативное и оперативное лечение флеботромбозов и тромбофлебитов.

90. Посттромбофлебитический синдром; синдром верхней (нижней) полой вены. Диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.

91. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.

92. Облитерирующие заболевания аорты и магистральных артерий. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы и содержание консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операции. Особенности ампутации конечностей по поводу облитерирующего поражения артерий.

93. Аневризмы аорты и магистральных артерий. Расслаивающая аневризма аорты. Клиника. Диагностика. Лечение.

94. Тромбозы и эмболии магистральных кровеносных сосудов: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению, виды операций.

95. Повреждения магистральных и периферических кровеносных сосудов: классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы оперативного лечения. Ведение

послеоперационного периода. Последствия повреждений сосудов (аневризмы, артериовенозные свищи, болезнь перевязанного сосуда): клиника, диагностика.

96. Классификация врожденных и приобретенных пороков сердца.

97. Показания и противопоказания к хирургическому лечению приобретенных и врожденных пороков сердца. Принципы операций.

98. Хирургические аспекты клиники и диагностики ишемической болезни сердца.

99. Осложнения желчнокаменной болезни. Обтурационная желтуха: дифференциальная диагностика, профилактика холемических кровотечений, роль методов экстракорпоральной детоксикации, возможности эндоскопических методов устранения механической желтухи. Холангит: диагностика, лечение.

100. Хронический бескаменный холецистит. Диагностика, показания к оперативному лечению.

101. Виды операций, применяемых в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Холедохотомия: показания, варианты завершения.

102. Интраоперационное повреждение желчных протоков: причины, исходы, лечение, профилактика.

103. Постхолецистэктомический синдром: причины, классификация, диагностика, лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение при заболеваниях желчного пузыря и после операций на желчных протоках.

104. Особенности предоперационной подготовки больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Оперативное лечение: показания, выбор метода.

105. Послеоперационное ведение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

106. Ваготомия. Виды дренирующих операций. Показания, противопоказания.

107. Резекция желудка, виды, показания, противопоказания.

108. Болезни оперированного желудка. Клиника, диагностика, лечение.

109. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному лечению и выбор операции.

110. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения. Медицинская реабилитация. Врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение при хронических заболеваниях и после операций на поджелудочной железе.

111. Тактика лечения заболеваний тонкой и толстой кишки.

112. Особенности и объем хирургических вмешательств при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, кишечных свищах.

113. Геморрой. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому вмешательству, виды операций. Осложнения и их лечение.

114. Воспалительные заболевания прямой кишки. Проктиты. Трещины заднего прохода. Клиника, диагностика. Лечение; показания к хирургическому вмешательству, виды операций. Осложнения и их лечение.

115. Выпадение прямой кишки, этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение и его результаты.

116. Пиогенные абсцессы печени. Этиология, патогенез, Диагностика и дифференциальная диагностика. Пункционное и хирургическое дренирование абсцессов.

117. Гнойный пилефлебит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.

118. Послеоперационные абсцессы печени. Диагностики и лечение.

119. Амебный абсцесс печени.

120. Осложнения и исходы абсцессов печени.

121. Эхинококк печени. Этиология, патогенез. Клиническая картина, Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.

122. Альвеолярный эхинококк. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.

123. Основные физиологические функции селезенки в организме взрослого человека.

124. Системные заболевания, сопровождающиеся спленомегалией. Дифференцированный подход к обоснованию спленэктомии при этих заболеваниях.
125. Заболевания собственно селезенки. Кисты селезенки: диагностика, методы лечения. Опухоли селезенки: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
126. Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке. Типичные осложнения и исходы.
127. Диагностика синдрома портальной гипертензии. Показания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Методы хирургического пособия.
128. Клинико-лабораторные проявления эндогенного гиперкортизолизма (синдрома Иценко–Кушинга), особенности патогенеза, морфологические изменения в надпочечниках, функциональные пробы, виды лечения, показания к операциям на надпочечниках, их объем;
129. Хромаффинные опухоли (феохромоцитома), патогенез, диагностический поиск, лечение, особенности ведения больных до, во время и после операции;
130. Андростерома, клинико-лабораторные проявления, лечение;
131. Кортикоэстрома, клинико-лабораторные проявления, лечение;
132. Гормонально–неактивные опухоли надпочечников, клинико-лабораторные данные, пути диагностики, лечение;
133. Принципы лечения онкологических больных;
134. Хирургическое лечение в онкологии;
135. Лучевое лечение онкологических больных;
136. Лекарственная терапия онкологических больных;
137. Симптоматическое лечение больных с неоперабельными опухолями;
138. Хирургическая анатомия шеи, треугольники шеи.
139. Классификация рака щитовидной железы. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе рака щитовидной железы Симптоматология.
140. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных с раком щитовидной железы. Оперативное лечение: показания, выбор вида вмешательства. Послеоперационные осложнения, их лечение.
141. Дисгормональные заболевания молочной железы: этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, его принципы, методы операций.
142. Гинекомастия: классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз; показания к операции и ее особенности.
143. Рак молочной железы: классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения; хирургическое, комбинированное и комплексное лечение. Рак грудной железы у мужчин. Отдаленные результаты.
144. Доброкачественные опухоли легкого: классификация, клиника, диагностика, объем оперативных вмешательств. Результаты.
145. Рак легкого. Этиология; роль курения в этиологии и патогенезе рака легкого. Классификация. Клиника, диагностика, ранняя диагностика, дифференциальная диагностика.
146. Хирургическое и комбинированное лечение рака легкого. Исходы оперативного лечения. Отдаленные результаты и реабилитация больных.
147. Тактика лечения доброкачественных опухолей пищевода.
148. Особенности и объем хирургических вмешательств при раке пищевода различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
149. Неотложные операции при осложненных формах рака пищевода.
150. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями пищевода.
151. Комбинированное лечение рака пищевода.
152. Тактика лечения доброкачественных опухолей желудка.
153. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях желудка различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
154. Неотложные операции при осложненных формах рака желудка.
155. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями желудка.

156. Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка.
157. Комбинированное лечение рака желудка.
158. Алгоритм выбора метода лечения опухолей поджелудочной железы
159. Объем оперативных вмешательств при различных новообразованиях поджелудочной железы. Медицинская реабилитация и отдаленные результаты хирургического лечения
160. Тактика лечения доброкачественных опухолей тонкой кишки и брыжейки.
161. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях тонкой кишки и брыжейки. Радикальные и паллиативные операции.
162. Неотложные операции при злокачественных опухолях тонкой кишки и брыжейки.
163. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями тонкой кишки.
164. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях толстой кишки различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
165. Неотложные операции при осложненных формах рака толстой кишки.
166. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями толстой кишки.
167. Отдаленные результаты хирургического лечения рака толстой кишки.
168. Принципы химиотерапии рака толстой кишки.
169. Тактика лечения доброкачественных опухолей прямой кишки.
170. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях прямой кишки различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
171. Неотложные операции при осложненных формах рака прямой кишки.
172. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями прямой кишки.
173. Отдаленные результаты хирургического лечения рака прямой кишки.
174. Принципы химиотерапии рака прямой кишки.
175. Кисты забрюшинного пространства: этиология, патогенез, диагностика, лечение.

Тестовые задания

1. Клиника острой кровопотери возникает при кровотере, равной:
   а) 250 мл
   б) 500 мл
   в) 1000 мл
   г) 1500 мл
   д) 2000 мл

2. Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:
   а) 1000 мл
   б) 750 мл
   в) 500 мл
   г) 250 мл
   д) Менее 250 мл

3. ОЦК у взрослых мужчин составляет:
   а) 50 мл/кг
   б) 60 мл/кг
   в) 70 мл/кг
   г) 80 мл/кг
   д) 90 мл/кг

4. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:
   а) 20-25%
   б) 30%
   в) 35%

г) 40%
д) 45%

5. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритромассы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2
б) Верно 1, 3
в) Верно 2, 4
г) Верно 2, 3
д) Верно 3, 4

6. Переливание несовместимой крови ведет к развитию: 1. гемотрансфузион-нозо шока 2. отека легких 3. гемолиза 4. острой почечной недостаточности 5. геморрагического синдрома Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 1, 3, 4
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 4

7. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся: 1. групповая совместимость 2. индивидуальная совместимость 3. биологическая проба 4. определение резус совместимости 5. определение резус фактора Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 1, 3, 4
д) Верно 1, 2, 4

8. Для лечения гиповолемии вначале используют:

а) Вазопрессоры
б) Кардиотонические средства
в) Плазмозаменители
г) Эритромассу
д) Донорскую кровь

10. Нейротоксическим действием обладают:

а) Пенициллин и линкомицин
б) Кефзол и пенициллин
в) Полимиксин и стрептомицин
г) Стрептомицин и кефзол
д) Линкомицин и стрептомицин

11. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируются:

а) Оксациллин
б) Эритромицин
в) Канамицин
г) Метациклин
д) Пенициллин

12. Гепатотоксическим действием обладает:

а) Пенициллин
б) Тетрациклин
в) Линкомицин
г) Колимицин
д) Цефамезин

13. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным явзяется:
а) Левомицетин
б) Тетрациклин
в) Эритромицин
г) Ампиокс
д) Олеандомицин

14. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает:
а) Окситетрациклин
б) Полимексин
в) Линкомицин
г) Цефазолин
д) Левомицетин

15. Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием всего перечисленного: 1. Эритромассы 2. Альбумина 3. Плазмы 4. Криопреципитата 5. Тромбомассы Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 3, 4, 5
д) Верно 2, 3, 4

16. Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:
а) Первых суток
б) 2 суток
в) 3 суток
г) 1 недели
д) Срок не ограничен, если она жидкая

17. Среди перечисленных ниже антибактериальных средств обладают как бактерицидным, так и бактериостатическим действием:
а) Потесептил, рифампицин, ванкомицин
б) Неомицин, метациклин, ампиокс
в) Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин
г) Рифамид, миноциклин, сизомицин
д) Ванкомицин, оксиглюкоциклин, азлоциллин

18. Больному с А2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:
а) А2В (IV)
б) 0 (I)
в) Только одногруппную плазму
г) В (III)
д) Любую сухую

19. Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень pO2 при ингаляции чистым кислородом:

а) Ниже 40 мм рт. ст.
б) Ниже 50 мм рт. ст.
в) Ниже 60 мм рт. ст.
г) Ниже 70 мм рт. ст.
д) Правильного ответа нет

20. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются: 1. pH менее 7,3 2. pCO2 менее 40 мм рт. ст. 3. менее 20 мм рт. ст. 4. BE более - 5 ммоль/л 5. BE более - 10 ммоль/л

а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 3, 4, 5
в) Верно 2, 4
г) Верно 1, 2, 4
д) Верно 1, 3

21. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются: 1. pH более 7,45 2. pCO2 менее 40 мм рт. ст. 3. менее 60 мм рт. ст. 4. BE более + 5 ммоль/л 5. BE более + 10 ммоль/л

а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 1, 2, 4
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 2, 4
д) Верно 1, 3

22.При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:

а) Гистамина
б) Гистамина и серотонина
в) Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)
г) Гистамина, серотонина, медленно реагирующей субстанции (МРС) и брадикинина
д) Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина

23. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

а) Норадреналин
б) Преднизолон
в) Димедрол
г) Хлористый кальций
д) Адреналин

24. После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:

а) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - после первого приема пищи
б) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка - 3 суток
в) Желудок через - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка - 3 суток
г) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа
д) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - немедленно, толстая кишка - 24 часа

25. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

а) Увеличение вязкости крови
б) Снижение активности крови
в) Снижение давления в системе воротной вены
г) Активация процесса перехода протромбина в тромбин
д) Снятия спазма вен портальной системы

26. Время кровотечения удлиняется:
а) При травмах и размозжениях мышц
б) При гемолитических кризах.
в) При резко выраженной тромбоцитопении
г) При асфиксии
д) При ожоговой травме

27. Время свертывания крови увеличивается:
а) При гипокоагуляции
б) При гиперкоагуляции
в) При анемии
г) При увеличении фибриногена в крови
д) При ожогах

28. Продукты деградации фибриногена (ПДФ):
а) Не влияют на свертывание крови
б) Обладают антикоагулянтными свойствами
в) Вызывают гиперкоагуляцию
г) Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена
д) Свидетельствуют о снижении тромбинового времени

29. Для терминальной фазы перитонита характерно: 1. токсическое поражение ЦНС 2. развитие функциональной кишечной непроходимости 3. развитие ДВС-синдрома 4. развитие печеночно-почечной недостаточности 5. иммунодефицит
а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 2, 3, 4
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 4
д) Верно 2, 3, 5

30. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится: 1. к предварительной водной нагрузке 2. к введению 15-20% раствора мантинола из расчета 1-1,5 в/кг 3. к введению растворов электролитов с учетом ионограмм 4. к введению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумина, аминопептид)
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 3, 4
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 3, 4

31. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает: 1. лечение шока и гиповолемии 2. лечение дыхательных нарушений 3. коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС 4. купирование болевого синдрома 5. назначение цитостатиков и антиферментных препаратов 6. локальную гипертермию желудка
а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 4, 5, 6

г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

32. Наиболее выраженным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы: 1. декстраны 2. растворы желатина 3. плазма 4. Рингер-лактат 5. кристалоиды. Выберите правильную комбинацию:
а) Верно 1, 3
б) Верно 2, 3
в) Верно 3, 4
г) Верно 4, 5
д) Верно 1, 2

33. При применении декстранов возможны: 1. перегрузка кровообращения 2. опасность кровотечения 3. почечная недостаточность 4 все ответы правильные. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) Верно 1, 2, 4
б) Верно 2, 3, 4
в) Верно 1, 3, 4
г) Верно 1, 2, 3
д) Верно 1, 4

34. При распространенном внутрисосудистом тромбозе необходимо водить все нижеперечисленное: 1. Гепарин 2. Фибриноген 3. Фибринолизин 4. Тромбоцитарную массу Выберите правильную комбинацию:
а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 1, 2, 3, 4
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 1, 3, 4
д) Верно 1, 3

35. Опасными осложнениями при лечении диабетической комы являются все перечисленные: 1. Гипогликемии 2. Гипокалиемия 3. Отека мозга - синдром дисэквилибрирования 4. Расстройства дыхания 5. Артериальной гипертензии. Выберите правильную комбиницию ответов:
а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 4, 5
д) Верно 1, 2, 3, 4

36. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:
а) Показатели Нв, числа эритроцитов
б) Показатели пульса и артериального давления
в) Бледность кожных покровов
г) Коллапс
д) Дифицит глобулярного объема

37. Для сотрясения мозга характерно: 1. Потеря сознания 2. Тошнота, рвота 3. Головная боль 4. Истечение ликвора из уха 5. Ретроградная амнезия.
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 2, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5

д) Верно 3, 4, 5

38. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются: 1. Вторичная потеря сознания 2. Развитие генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы 3. Анизокория 4. Птоз верхнего века 5. Гемипарез или гемиплегия

а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 2, 3, 4, 5

39. При сотрясении головного мозга наиболее характерным чвляется:

а) Кровотечение из носа
б) Потеря сознания
в) Головная боль
г) Эпилептические припадки
д) Головокружение, нистагм

40. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

а) Сильная головная боль
б) Рвота
в) Ликворея из носа
г) Подкожная гематома
д) Наличие перелома на краниограмме

41. Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

а) Сильная головная боль
б) Неоднократная рвота
в) Однократная рвота
г) Истечение жидкости из носа
д) Кровоподтек под глазом

42. При наличии проникающей ЧМТ с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

а) Наложить щвы на кровоточащую рану
б) Наложить давящую повязку
в) Произвести первичный хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа
г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану
д) Произвести тампонаду раны

43. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

а) Ограничение открывания рта
б) Нарушение прикуса
в) Кровотечение из носа
г) Ассиметрия лица
д) Диплопия

44. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:

а) Отправить больного домой
б) Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь
в) Госпитализировать в травматлогическое отделение
г) Госпитализировать в нейрохирургическое отделение

д) Оставить под наблюдением в поликлинике

45. Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга является: 1. Нарастание неврологической симптоматики 2. Нарушение проходимости субарахноидального пространства 3. Наличие крови в ликворе 4. Синдром острого переднего повреждения спинного мозга 5. Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга

а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 1, 2, 4, 5
г) Верно 2, 3, 4, 5
д) Верно 2, 3, 4

46. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

а) Сотрясение спинного мозга
б) Ушиб шейного отдела спинного мозга
в) Сдавление спинного мозга
г) Ушиб грудного отдела спинного мозга
д) Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

47. Показания для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:

а) Нарастающий болевой синдром
б) Онемение в области промежности
в) Остро возникшие тазовые расстройства
г) Постепенно нарастающие чувствительные нарушения
д) Все перечисленное

48. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

а) растворения фибрина
б) приостановления роста тромба
в) увеличения количества сгустков
г) измениения внутренней оболочки сосудов
д) снижения активности ДНК

49. Причиной торомбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

а) лицевых вен
б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
в) глубоких вен верхних конечностей
г) поверхностых вен нижних конечностей
д) поверхностых вен верхних конечностей

50. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:

а) резкий отек нижней конечности
б) некроз пальцев стоп
в) похолодание стопы
г) симптом перемежающейся хромоты
д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

51. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные , кроме: 1.замедления тока крови в венах 2. нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. варикозного расширения вен 4.снижения фибринолитической

активности крови 5.мерцательной аритмии

а) верно 1,2,3,4,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 3,4,5
г) верно 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

52. Маршевая проба проводится с целью выявления:

а) несостоятельных коммуникантных вен
б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
г) торомбоза подколенной артерии
д) острого тромбофлебита

53. Проба Претта проводится с целью выявления:

а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
б) недостаточности артериального кровотообращения в нижних конечностях
в) несостоятельных коммуникативных вен
г) острого тромбофлебита
д) тромбоза подколенной артерии

54. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностых вен нижних конечностей являются : 1. дистальные отеки 2. распирающие боли 3. повышение температуры тела 4. гиперемия кожи и отек по ходу вен 5.резкая болезненность при пальпации

а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,2,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно 2,3,5

55. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2.ожирение 3. гиподинамия 4.онкологические заболевания 5.ишемическая болезнь сердца

а) верно 2,3,4,5
б) верно 1,2,3,4
в) верно 1,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно3,4,5

56. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1.отеки дистальных отделоав конечностей по вечерам 2.перемежающаяся хромота 3.признаки трофических расстройств кожи голени 4.судороги по ночам 5.видиме расширение подкожных вен

а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 3,4,5
д) верно 2,4,5

57. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:

а) сокращение икроножных мышц

б) возвышенное положение низних конечностей
в) длительный постельный режим
г) бинтование ног эластическими бинтами
д) раннее вставание

58. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:
а) бебкока
б) нарата
в) маделунга
г) троянова-тределенбурга
д) линтона

59. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационом периоде включает в себя все ниже перичисленное: 1. назначение гепарина 2.назначение дезагрегантов 3.лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5.бинтование ног эластичным бинтом
а) верно 1,2,3,4
б) верно 2,3,4,5
в) верно 1,3,4,5
г) верно 1,2,3,5
д) верно 2,3,5

60. Операция Троянова-Тределенбурга заключается:
а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-феморального треугольника
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

61. Операция Нарата заключается:
а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) удаление подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

62. Операция Маделунга заключается:
а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

63. Операция Клаппа заключается:
а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

64. Операция Кокетта заключается

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

65. Операция Линтона заключается:
а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

66. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:
а) Комбинированным оперативным методом
б) Операцией Линтона
в) Операцией Бебкока
г) Операцией Нарата
д) Операцией Маделунга

67. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :
а) Антибиотики
б) Спазмолитики
в) Антикоагулянты
г) Активные движения
д) Парентеральное введение больших обьемов жидкостей

68. Для остого тромбоза глубоких вен конечностей харктерно : 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

69. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,5
г) Верно 2,3,4
д) Верно 1,3,4,5

70. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:
а) Абсцессов
б) флегмон
в) флеботромбозов
г) Лимфаденитов
д) Эндартериита

71.Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

а) В необходимости профилактики лимфостаза
б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
в) В ускорении кровотока по глубоким венам
г) В профилактике трофических расстройств
д) В необходимости большей концентрации кровообращения

72. Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:

а) Верно 1,3,4,5
б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4

73. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:

а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда
б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит
в) Предотвратить сердечную недостаточность
г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
д) Обратить в норму симптом Тинеля

74. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:

а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия
б) Сафенэктомия по комбинированной методике
в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную
г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок
д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.

75. Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:

а) Кровохарканье
б) Боли в грудной клетке
в) Одышка
г) Кашель с мокротой
д) Шум трения плевры

76. При ранении воротной вены выполняется:

а) Перевязка воротной вены
б) Создание соустья с селезеночной веной
в) Наложение сосудистого шва
г) Операция Экка
д) Резекция воротной вены

77. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

а) При остром деструктивном холецистите
б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря

в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
д) Тампон не ставят

78. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:
а) Сроком с момента прободения
б) Степенью вопалительных изменений брюшины
в) Величиной перфоративного отверстия
г) Локализацией перфоративного отверстия
д) Возрастом больного

79. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
а) Анализ кала на скрытую кровь
б) Контрастную рентгеноскопию желудка
в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь
г) Фиброгастроскопию
д) Определение гемоглобина и гематокрита

80. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

81. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

82. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:
а) Инсулемы поджелудочной железы
б) Синдрома приводящей петли
в) Пептической язвы анастомоза
г) Демпинг-синдрома
д) Синдрома малого желудка

83. Секретин образуется:
а) В двенадцатиперстной кишке
б) В печени
в) Вподжелудочной железе
г) В дистальных отделах тонкой кишки

д) В гипоталамусе

84. Основным стимулятором освобождения секретина является:
а) Соляная кислота
б) Продукты расщепления белков
в) Жиры
г) Углеводы
д) Все перечисленные факторы

85. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

86. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

87. Резекция на выключение может быть выполнена:
а) При низкой постбульбарной язве
б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
в) При плотном воспалительном инфильтрате в облати двенадцатиперстной кишки
г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
д) При пенетрации язвы в печень

88. Одним из ранних острого расширения желудка после операции является:
а) Икота
б) Отсутствие кишечных шумов
в) Вздутие в области эпигастрия
г) Тахикардия
д) Рвота

89. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:
а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
б) Лапароцентезом
в) Назогастральной интубацией
г) Перкуссиейбрюшной стенки
д) Исследованием плазмы крови на серотонин

90. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:
а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
б) Поздней обращаемостью

в) Возможностью психозов
г) Возможностью суицидальных попыток
д) Всем перечисленным

91. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
а) Рвота
б) желудочное кровотечение
в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
г) Частый жидкий стул
д) Икота

92. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
а) Язвы луковици двенадцатиперстной кишки
б) Постбульбарные язвы
в) Язвы малой кривизны желудка
г) Язвы большой кривизны желудка
д) Язвы всех указанных локализаций

93. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

94. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:
а) Доскообразный живот
б) Сильные боли в эпишастрии
в) Боли в поясничной области
г) Повышение лейкоцитоза до 15000
д) Легкая желтуха склер и кожных покровов

95. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:
а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
б) Рефлекторными связями через спиномозговые нервы
в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
г) Развивающимся разлитым перитонитом
д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

96. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:
а) Остановившееся желудочное кровотечение
б) Перфоративная язва
в) Пенетрирующая язва
г) Стеноз выходного отдела желудка
д) Малигнизированная язва

97. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

а) Демпинг-синдрома
б) Гипогликемического синдрома
в) Синдрома "малого желудка"
г) Пептической язвы анастомоза
д) Синдрома приводящей петли

98. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

99. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натощак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,4,5

100. Наиболее частой локализацией пробадений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

а) Двенадцатиперстная кишка
б) Пилорический отдел желудка
в) Малая кривизна желудка
г) Большая кривизна желудка
д) Кардиальный отдел желудка

101. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков

102. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:

а) Гипопротеинемия
б) Гипотензия во время операции
в) Аксиальный поворот тонкой кишки
г) Дуоденостаз
д) Послеоперационный панкреатит

103. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:

а) Тахикардия
б) Схваткообразная боль
в) Локализованная, умеренная боль
г) Внезапно возникшая интенсивная боль
д) Жидкий стул

104. Прикрытию перфорации явзы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

а) Малый диаметр прободного отверстия
б) Незначительное наполнение желудка
в) Топографическая близость соседних органов
г) Большой диаметр прободного отверстия
д) Хорошо развитый большой сальник

105. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

а) При калезной язве
б) При пенетрирующей язве
в) При поверхностных эрозиях слизистой
г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
д) При рубцующейся язве

106. Рак желудка всегда метастазирует:

а) В легкие
б) В печень
в) В регионарные лимоузлы
г) В кости
д) По брюшине

107. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4. Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пищи

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

108. Рак желудка наиболее часто локализуется:

а) В кардиальном отделе желудка
б) По большой кривизне
в) По малой кривизне
г) В антральном отделе желудка
д) В дне желудка

109. К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастазы Крукенберга 3. Метастазы Вирхова 4. Метастазы Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,5
в) Верно 1,3,4,5

г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

110. Операция гастростомии показана:
а) При неоперабельном раке тела желудка
б) При неоперабельном раке антрального отдела желудка
в) При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
г) При всех перечисленных случаях
д) Ни в одном из перечисленных случаев

111. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:
а) Вначале рассечь ущемленное кольцо
б) Вначале рассечь грыжевой мешок
в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
д) Сделать лапаротомию

112. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

113. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:
а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
в) Поставить очистительную клизму
г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
д) Назначить теплю ванну

114. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятноу больного:
а) Грыжа запирательного отверстия
б) Прямая паховая грыжа
в) Бедренная грыжа
г) Косая паховая грыжа
д) Скользящая грыжа

115. Невправимость грыжи зависит:
а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
б) От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
в) От сужения грыжевых ворот
г) От выхождения в нее мочевого пузыря
д) От выхождения в нее слепой кишки

116. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:
а) Бассини и Постемпского

б) Мартынова
в) Жирара-Спасокукоцкого
г) Руджи-Парлавеччио
д) Ру

117. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:
а) 5-10 см
б) 15-20 см
в) 25-30 см
г) 35-40 см
д) 45-50 см

118. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:
а) Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
б) Выполнение срочной операции
в) Наблюдение
г) Консервативное лечение
д) Вправление грыжи

119. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:
а) К трансиллюминации и пальпации
б) К пункции
в) К перкуссии
г) К аускультации
д) К пальцевому исследованию прямой кишки

120. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:
а) Впереди круглой связки
б) Медиальнее бедренных сосудов
в) Латеральнее бедренных сосудов
г) Позади бедренных сосудов
д) Медиальнее купферовской связки

121. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:
а) Рихтерской
б) Косой паховой
в) Скользящей
г) Прямой паховой
д) Пупочной

122. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 1,3,4,5

123. Для грыж пищеводного отверстиядиафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

124. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

125. Для скользящей паховой грыжи с выхождением мочевого пузыря характерно:

а) Наличие болей в надлобковой области
б) Наличие грыжевого выпячивания в паховой области
в) Учащенное мочеиспускание и прерывистость
г) Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
д) Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

126. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

а) Со слизистого слоя
б) С подслизистого слоя
в) С мышечного слоя
г) С субсерозного слоя
д) С серозного слоя

127. К грыжам требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:

а) Бедренные
б) Косые паховые
в) Пупочные
г) Грыжи белой линии живота
д) Прямые паховые

128. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

а) В приводящей петле
б) В оводящей петле
в) В приводящей и отводящей петле в равной степени
г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки
д) На всем протяжении

129. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать: 1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию

двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Проростание опухоли в головку поджелудочной железы

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

130. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

131. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

132. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости
б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
г) Улучшению кровоснабжения железы
д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

133. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
г) Купируют процессы кининообразования
д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

134. При выведении больного из панкреатогенного шока должы осуществлятся все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сокартительной функции миокарда

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,3,4,5

135. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

136. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:

а) В артериальной крови
б) В венозной крови
в) В экссудате брюшной полости
г) В лимфе
д) В моче

137. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

а) Беременность
б) Хронический холецистит
в) Алкоголизм
г) Травма живота
д) Применение кортикостероидов

138. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

а) 16 единиц
б) 32 единицы
в) 64 единицы
г) 128 единиц
д) 256 единиц

138. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмотоз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 2,3,4,5

139. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:

а) Купирование болевого синдрома
б) Снятие спазма сфинктера Одди
в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

140. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

а) Травма живота
б) Применение кортикостероидов
в) Алкоголизм
г) Хронический холецистит
д) Цирроз печени

141. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

142. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает: 1. вскрытие и дренирование гнойных затеков 2. активную аспирацию из раны 3. Срочную радикальную опреацию 4. Интенсивную терапию 5. Отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

а) Правильно 1,2,3 и 4
б) Правильно 2,3,4 и 5
в) Правильно 1,3,4 и 5
г) Правильно 1,2,4 и 5
д) Правильно 1,2,3 и 5

143. Убольных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

а) Эвентрация
б) Образование кишечных свищей
в) Тромбоэмболия легочной артерии
г) Формирования гнойников брюшной полости
д) Пневмония

144. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

а) Хирургическое вмешательство
б) Дезинтоксикационная терапия
в) Рациональная антибиотикотерапия
г) Борьба с парезом кишечника
д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

145. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

146. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела

больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

147. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:
а) Стафилококка
б) Протея
в) Кишечной палочки
г) Смешанной флоры
д) Анаэробной флоры

148. Непосредственной причиной повреждения магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

149. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

150. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

151. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,5

152. У больного холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки простока 5. Рак желчного пузыря
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

153. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:
а) Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
б) Наложить холедоходуоденоанастомоз
в) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
г) Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
д) Наложить холедохоэнтероанастомоз

154. Рациональным лечением желчнокаменной болезни является:
а) Диетическое
б) Медикаментозное
в) Хирургическое лечение
г) Санаторно-курортное
д) Лечение минеральными водами

155. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
а) Камнем пузырного протока
б) Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
в) Вклиненным камнем большого дуоденального соска
г) Вентильным камнем холедоха
д) Опухолью внепеченочных желчных протоков

156. К наиболее частыми причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

157. Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:
а) Произвести холецистэктомию
б) Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

г) Наложить холецистостому
д) Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

158. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:
а) Диетотерапия, применение спазмолитиков
б) Санаторно-курортное лечение
в) Плановое хирургическое лечение
г) Лечение сахарного диабета и стенокардии
д) Хирургическое лечение только по витальным показаниям

159. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудчной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

160. Распознаванию механической желтухи более всего способствует:
а) Пероральная холецистография
б) Внутривенная холецистохолангиография
в) Ретроградная (восходящая) холангиография
г) Сцинтиграфия печени
д) Прямая спленопортография

161. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:
а) С желчно-каменной болезнью
б) Со стенозирующим папиллитом
в) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
г) С псевдотуморозным панкреатитом
д) С опухолью головки поджелудочной железы

162. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимоть, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:
а) Слепой кишкой
б) Малой кривизной желудка
в) Двенадцатиперстной кишкой
г) Тощейкишкой
д) Ободочной кишкой

163. Желчные камни чаще всего состоят:
а) Из холестерина
б) Из цистина
в) Из оксалатов
г) Из солей желчных кислот
д) Из мочевой кислоты

164. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:
а) С острым холециститом
б) С желчно-каменной болезнью

в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
г) С раком желчного пузыря
д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

165. Путями проникновения инфекции в ткань печени является: 1. Воротная вена 2. Печеночная артерия 3. Нижняя полая вена 4. Желчные протоки 5. Лимфатические сосуды
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,3,4,5

166. По воротной вене инфекция попадает в печень:
а) Из воспалительных очагов органов брюшной полости
б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов
в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
г) Из желчных протоков при гнойном холангите
д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

167. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:
а) При остром деструктивном холецистите
б) При заползании аскарид во внутрипеченочные желчные протоки
в) При нагноении вокруг инородного тела печени
г) При нагноении паразитарной кисты печени
д) При тяжелом гнойном холангите

168. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:
а) Резекция доли или сегмента печени
б) Наложение билиодигестивного соустья
в) Вкскрытие и дренирование абсцесса
г) Трансплантация печени
д) Гемигепатэктомия

169. 1315 Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает:
а) С учащением случаев амебной дизентерии
б) С учащением случаев инфекционного гепатита
в) С учащением случаев описторхоза
г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
д) С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

170. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии: 1. Множественными подкапсульными расположениями 2. Крупными размерами 3. Отсутствием истинной пиогенной оболочки 4. Содержимым коричневатого цвета 5. Выпадением и гнойного осадка, напоминающего "кофейную гущу"
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,3,4,5

171. Специфическим антиамебным средством являются:

а) Антибиотики аминогликозидного ряда
б) Метронидазол
в) Эметин, хлорохин, дифосфат
г) Хинин
д) Антибиотики цефалоспоринового ряда

172. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:
а) С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
б) С лапаратомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
в) С резекцией пораженной доли печени
г) С гемигепатэктомией
д) Применение антибиотиков широкого спектра действия

173. Для поздней стадии цирроза печени характерно: 1. Спленомегалия 2. Варикозное расширение вен пищевода 3. Варикозное расширение вен передней брюшной стенки 4. Асцит 5. Острое расширение желудка
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

174. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия: 1. Спленомегалии 2. Высокого портального давления 3. Лейкопении, трмбоцитопении 4. Кровоточивости слизистой оболочки 5. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

175. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

176. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:
а) На 6-10 часов
б) На 12-18 часов
в) На 1-8 суток
г) На 9-12 суток
д) На 13-15 суток

177. Основными показаниями для наложения портокавального анастомоза является:
а) Цирроз печени

б) Асцит
в) Кровотечение из вен пищевода
г) Портальная энцефалопатия
д) Рецидивирующая желтуха

178. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:
а) Интермитирующая лихорадка
б) Общая слабость
в) Спленомегалия
г) Кровоточивость слизистой оболочки носа
д) Маточные кровотечения

179. Синдром Бадда-Хиари наблюдается чаще всего в возрасте:
а) От 5 до 10 лет
б) От 12 до 15 лет
в) От 20 до 40 лет
г) От 45 до 50 лет
д) От 55 до 60 лет

180. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

181. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоение кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

182. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

183. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентериальных

тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

184. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преоладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке всвязи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

185. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной непроходимости, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течении 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

а) Верно 1,2,4
б) Верно 1,3,4
в) Верно 2,3,4
г) Верно 1,2,3
д) Верно 2,3

186. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,4,5

187. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

188. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:
а) При спаечной кишечной непроходимости
б) При обтурационной кишечной непроходимости
в) При странгуляционной кишечной непроходимости
г) При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
д) При спастической форме динамической кишечной непроходимости

189. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:
а) С хирургического вмешательства
б) С инфузионной терапии
в) С введения назогастрального зонда
г) С антибиотикотерапии
д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия

190. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:
а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
б) Рецидив кисты
в) Послеоперационное кровотечение
г) Инфекция
д) Злокачественное перерождение

191. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:
а) Медикаментозное лечение
б) Марсупилинизация
в) Резекция тела поджелудочной железы
г) Лучевая терапия
д) Иссечение кисты

192. В лечении кист поджелудочной железы нередко нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:
а) Цистогастростомия
б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
в) Цистоеюностомия на отключенной петле
г) Цистостомия
д) Цистодуоденостомия

193. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

194. У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

а) Верно 1,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

195. При остром расширении желудка если не принять неотложных мер, наиболее вероятным исходом будет:
а) Болевой шок
б) Разрыв желудка
в) Перитонит
г) Некроз слизистой оболочки желудка
д) Легочная недостаточность

196. Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:
а) Малая кривизна желудка
б) Гастроэнтероанастомоз
в) Оставленная язва в культе желудка
г) Эрозивный гастрит
д) Дуоденальная культя

197. При лимфоме желудка необходимо:
а) Произвести резекцию желудка
б) Произвести резекцию желудка и ваготомию
в) Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию
г) Назначить химиотерапию
д) Назначить лучевую терапию

198. Бедренная грыжа характеризуется: 1. Небольшими размерами 2. Частым ущемлением 3. Опусканием в мошонку 4. Расположением ниже пупартовой связки 5. Выхождением через паховый канал
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

199. При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:
а) Срочное оперативное вмешательство
б) Теплая ванна с целью возможного спонтанного вправления
в) Введение спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

200. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыжи являются:
а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
б) Применение общей теплой ванны
в) Вправление грыжи
г) Проведение срочного оперативного лечения

д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

201. При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:

а) 5-10 см
б) 15-20 см
в) 25-30 см
г) 40-50 см
д) 60-70 см

202. Во время операции по поводу скользящей паховой грыжи могут возникнуть технические трудности, обусловленные тем, что:

а) Имелась диагностическая ошибка
б) Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка
в) Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах
г) Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции
д) Чаще наблюдается левосторонняя локализации грыжи

203. Характерным симптомом геморрагического панкреатита является: 1. Большая интенсивность боли опоясывающего характера 2. Сонливость 3. Вздутие кишечника с выраженным перистальтическим шумом, слышимым на расстоянии 4. Появление левостороннего плеврального выпота 5. Наличие свободной жидкости в брюшной полости

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 2,3,4,5

204. Скорость продвижения метиленового синего по кишечнику составляет:

а) 1 см/мин
б) 5 см/мин
в) 10 см/мин
г) 25 см/мин
д) 15 см/мин

205. Оптимальным для примывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости:

а) 1-2 литров
б) 4-6 литров
в) 8-12 литров
г) 14-16 литров
д) 18-20 литров

206. Узлообразование чаще наблюдается между:

а) Прямой и тонкой кишкой
б) Нисходящей и сигмовидной кишкой
в) Сигмовидной и тонкой кишкой
г) Петлями тонкой кишки
д) Слепой и тонкой кишкой

207. Водянка желчного пузыря развивается вследствии:

а) Обтурации камнем общего желчного протока
б) Обтурации камнем общего печеночного протока
в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка
г) Обтурации камнем пузырного протока
д) Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки

208. При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является:
а) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
б) Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
в) Экстренная дуоденоскопия
г) Ангиография
д) Лапароскопия

209. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

210. Синдром Меллори-Вейса это:
а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
б) Наличие "зеркальных" язв
в) Стеноз привратника
г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка
д) Стойкий спазм кардиального сфинктера

211. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
а) Появление перитонеальных признаков
б) Исчезновение грыжевого выпячивания
в) Дизурические явления
г) Повышение температуры
д) Наличие болеого синдрома в области грыжевых ворот

212. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:
а) Инвагинация
б) Заворот
в) Узлообразование
г) Ущемленная грыжа
д) Обтурация толстой кишки опухолью

213. Кровавый понос может иметь место при: 1. Язвенном колите 2. Терминальном илеите 3. Дизентерии 4. Острой порфирии 5. Ишемии толстой кишки
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

214. Наиболее частое место локализации карциноидной опухоли:
а) Тонкая кишка

б) Печень
в) Подвздошная кишка
г) Червеобразный отросток
д) Толстая кишка

215. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:
а) Перфорация
б) Малигнизация
в) Пенетрация
г) Кровотечение
д) Переход в хроническую язву

216. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:
а) Перитонита
б) Панкреатита
в) Кишечной непроходимости
г) Анастомозита
д) Кровотечения в просвет желудка

217. Наличие у больного после резекции желудка тошноты, рвоты, вздутия живота, неотхождения газов, боле в покое и при пальпации живота свидетельствуют о: 1.Кишечной непроходимости 2.Перитоните 3.Панкреатита 4. Анастомозите 5. Мезкишечном абсцессе
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

218. Язвенная болезнь желудка осложняется: 1.Кровотечением 2.Пенетрацией 3.Перфорацией 4. Малигнизацией 5.Стенозом
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

219. У больного перфорация дуоденальной язвы , осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
д) стволовую ваготомию и пилоропластику

220. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение :
а) Гематокритному числу
б) Уровню гемоглобина
в) Дефициту ОЦК
г) Дефициту ГО
д) Дефициту ОЦП

221. Больной поступл в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками.Язвенный анамнез отрицает,злоупотребляет алкоголем. Ванамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
б) Язва желудка
в) Рак желудка
г) Синдром Меллори-Вейса
д) Синдром Золлингера-Элиссона

222. У больного с язвенной болезью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированым стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

а) Перфоарция язвы двенадцатиперстной кишки
б) Кровотечение
в) Гипогликемический шок
г) Нарушения электролитного обмена
д) Нарушение мозгового кровообращения

223. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложенной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показань введение:

а) Раствора глюкозы
б) Инсулина
в) Сердечных гликозидов и мезатона
г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
д) Переливание эритромассы

224. У больного после резекции желудка возникла рвота типа "кофейной гущи". Ваша тактика:

а) Повторная лапаротомия
б) Переливание эритромассы
в) Введение аминокапроновой кислоты и хлористого кальция
г) Промывание желудка
д) Промывание желудка и фиброгастросткопия

225. Клиническими проявлениями демпинг -синдрома легкой степени являются:

а) Головокружение после приема сладкой пищи
б) Потливость
в) Сердцебиение
г) Слабость
д) Анемия

226. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:

а) Резекция желудка
б) Прошивание кровтоточащего сосуда
в) клиновидное иссечение язвы желудка
г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
д) Консервативное лечение

227. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:

а) Удаление кровоточащего дивертикула

б) Левосторонняя гемиколоэктомия
в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

228. Наиболее часто встречаются дивертикулы:
а) В пищеводе
б) В желудке
в) В двенадцатиперстной кишке
г) в ободочной кишке
д) В тонкой кишке

229. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:
а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
г) Новокаиновая блокада по Школьникову
д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса

230. При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:
а) Резекция кишки
б) Клиновидное иссечение некротического участка
в) Погружени участка некроза однорядным шелковым швом
г) Погружени некротизированного участка 2-х рядным швом
д) Выведение кишки наружу

231. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:
а) Перистальтика кишечной стенки
б) Пульсация сосудов брыжейки
в) Серозная оболочка блестящая, темновишневого цвета
г) Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболчки, сохранение пулсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки
д) Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки

232. При ущемленной гигантской послеоперационной грыжи необходимо:
а) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листков грыжевого мешка
б) Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произветси пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы
в) Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить
г) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими методами

233. При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится:
а) Пункция образования
б) Сканирование изотопом галия
в) Лечение антибиотиками
г) Ирригоскопия
д) Операция

234. При рассечении Жимбернатовой связки при ущемленной бедреной грыже был поврежден сосуд, которым оказалась :

а) Бедренная вена
б) Бедренная артерия
в) Запирательная артерия
г) Нижняя брыжеечная артерия
д) Наружная подвздошная артерия

235. Ущемление противобрыжеечного края кишки наблюдается:

а) При грыже Литре
б) При грыже Рихтера
в) При комбинированной паховой грыже
г) При грыже спигелиевой линии
д) При грыже треугольника Пти

236. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается:

а) Грыже спигелиевой линии
б) Грыже треугольника Пти
в) Грыже Рихтера
г) Грыже Литре
д) Комбинированной паховой грыже

237. При ущемленной грыже первоначально производим:

а) Рассечение ущемляющего кольца
б) Рассечение грыжевого мешка
в) Лапаротомию
г) Пункцию образования
д) Введение спазмолитиков

238. У больного по дороге в больницу произошло самопроизвольное вправление ущемленной грыжи. Тактика хирурга предполагает:

а) Лапаротомию и ревизию органов брюшной полсти
б) Наблюдение за больным в условиях стационара
в) Очистительную клизму
г) Отпустить больного домой
д) Назначение антибиотиков

239. При грыжесечении по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи обнаружено, что одной из стенок рыжевого мешка является мочевой пузырь, что свидетельствует о наличии:

а) Прямой паховой грыжи
б) Косой паховой грыжи
в) Бедренная грыжа
г) Скользящей грыжи
д) Ущемленной грыжи

240. На следующий день после операции грыжесечения по поводу прямой паховой грыжи у больного появились боли при мочеиспускании, марогематурия. Это обусловленно:

а) Ранением мочевого пузыря
б) острым циститом
в) Почечной коликой
г) Простатитом

д) Обострением хронического пиелонефрита

241. Выкраивание лоскута для аутодермальной пластики при послеоперационных грыжах производится:

а) В близи операционного рубца
б) На животе
в) На бедре
г) На спине
д) В ягодичных областях

242. Во время операции по поводу острого холецистита обнаружен выпот с примесью желчи, желчное пропитывание гепатодуоденальной связки и шейки жечного пузыря, причина этих изменений:

а) Деструктивный холецистит
б) Ферментаривный холецистит
в) Деструктивный панкреатит
г) Перфорация пилородуоденальной язвы
д) Гнойный холангит

243. Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой показано при:

а) Гангренозном холецистите
б) Перевезикалном асбцессе
в) Синдроме Мириззи
г) Плотном паравезикальном инфильтрате
д) Атипичном расположении желчных протоков

244. При остом расширении желудка в послеоперацонном периоде больному следует:

а) Ввести спазмолитики
б) Установить постоянную аспирацию желудочного содержимого с коррекцией водно-электролитного состава
в) 2 раза в сутки осуществлять эвакуацию желудочного содержимого
г) Наложить гастроэнтероанастомоз по Вольфлеру
д) Произвести стволовую ваготомию с пилоропластикой

245. При завороте желудка необходимо произветси:

а) Резекцию желудка
б) Разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине
в) Разворачивание заворота и назогастральное дренирование
г) Разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию
д) Будете лечить больного консервативно

246. У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папуллообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0.3 см . Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:

а) эрозивный гастрит
б) гемофилия
в) болезнь Рандю-Ослера
г) болезнь Менетрие
д) ожог желудка соляной кислотой

247. При формировании наружного панкреатического свища показано:

а) иссечение свища
б) наложение анастомоза между свищом и тонокой кишкой
в) резекция поджелудочной железы
г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета
д) пломбировка свища

248. Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:
а) кининовый "взрыв"
б) феномен"уклонения ферментов"
в) значительное повышение активности апуд-системы
г) выброс простогландинов
д) отек брыжейки ободочной кишки

249. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:
а) атоксической дилатацией сосудов
б) резким повышением емкости портальной системы
в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство
г) сердечной недостаточностью
д) перегрузкой правого сердца

250. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять:1.введение баралгина и его аналогов 2.введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад.4.введение морфина, фентанила.5. продленная перидуральная блокада.
а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,5
д) верно 1,2,3,4,5

251. Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах является:
а) три недели
б) три месяца
в) нет определенного срока
г) до появления полиорганной недостаточности
д) после ликвидации мацерации кожи вокруг свища

252. Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является:
а) сложность операции
б) образование послеоперационной грыжи
в) частые рецидивы после операции
г) возможность кровотечения
д) опасность инфицирования брюшной полости

253. Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:
а) образованию кишечных свищей
б) кровотечению

в) нагноению раны
г) хроническому колиту
д) хроническому циститу

254. Смена обтураторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза:
а) в 3 дня
б) в 5 дней
в) в 10 дней
г) в 14 дней
д) в 20 дней

255. Дисфагия после фундопликации по Ниссену обусловлена:
а) повреждением блуждающих нервов
б) повреждением диафрагмального нерва
в) гиперфункцией манжеты
г) чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы
д) гипертонусом кардии

256. При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит:
а) доступ по Кохеру, Федорову
б) торакоабдоминальный доступ
в) доступ по Черни
г) срединная лапаротомия
д) поперечная лапаротомия

257. Краевая резекция печени выполняется при :
а) повреждении элементов глиссоновой триады
б) повреждении нижней полой вены
в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени
г) подкапсульных разрывах печени
д) отрыве сегмента печени

258. При ранении желудка выполняется:
а) ваготомия+ушивание ран
б) ушивание ран желудка
в) резекция желудка
г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран
д) пилоропластика+ушивание ран

259. Признаки повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки выявленными при лапаротомии является:
а) отек гепатодуоденальной связки
б) отек корня брыжейки тонкой кишки
в) имбибирование кровью малого сальника
г) рефлюкс желчи в жедудок
д) имбибирование желчью и области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

260. При свежих повреждения двенадцатиперстной кишки показано:
а) ушивание ее раны, зондирование двенадцатиперстной кишки
б) резекция 2\3 желудка
в) гастроэнтероанастомоз

г) ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистоэктомия
д) гастродуоденостомия по Финнею

261. При ранениях поджелудочной железы без повреждения вирсунгова протока выполняется:
а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
б) дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика панкреатита
в) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
г) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
д) дренирование сальниковай сумки

262. Резекция поджелудочной железы при ее ранения показана:
а) при полных поперечных разрывах и размозжениях
б) при посттравматическом панкреатите
в) при ранении селезеночной артерии
г) при ранении головки поджелудочной железы
д) при обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки

263. При ранениях тонкой кишки обоснованным является:
а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
б) энтеростомия
в) резекция тонкой кишки
г) наложение трансверзоеюноанастомоза
д) выполнение операции Майдля

264. Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:
а) точечные кровоизлияния про серозной оболочке в области травмы
б) сквозное ранение тонкой кишки
в) отрыв кишки от брыжейки на ротяжении 4 см и более
г) гематома брыжейки
д) обширная забрюшинная гематома

265. При свежих ранениях ободочной кишки показано:
а) ушивание раны
б) ушивание раны и дренирование брюшной полости
в) гемиколэктомия
г) операция Лахея
д) колостомия

266. Первичный склерозирующий холангит обусловлен:
а) дуоденостазом
б) портальной гипертензией
в) панкреато-билиарным рефлюксом
г) перихоледохеальным лимфанденитом
д) хроническим колитом

267. Свежее повреждение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде диагностируется с помощью:
а) чрезкожной чреспеченочной холангиографии
б) ретроградной панкреато-холангиографии
в) ретроградной панкреато-холангиографии+чрезкожной чреспеченочной холангиографии

г) фистулохолангиографии
д) УЗИ

268. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
а) механической желтухой
б) икотой
в) гнойным холангитом
г) жечеистечением
д) рвотой желчью

269. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
а) желчным перитонитом
б) лихорадкой
в) желчеистечением
г) механической желтухой
д) панкреонекрозом

270. Для длительного каркасного дренирования желчных протоков применяется:
а) дренаж Фелькера
б) потерянный дренаж
в) Т-образный дренаж
г) Кера-Мейо-Робсона
д) сменный транспеченочный по Гетц-Сейпол-Куриану

271. При жечнокаменной непроходимости двенадцатиперстной кишки показано:
а) декомпрессия желудка
б) введение спазмолитиков
в) дуоденостомия, удаление камня
г) низведение камня, энтеротомия
д) гастроэнтероанастомоз

272. При формировании гепатикоеюноанастомоза длина петли тонкой кишки , выключенной по Ру , должна быть:
а) до 30 см
б) 30-50см
в) 50-70см
г) 70-90см
д) 90-120см

273. Показанием к одномоментному двойному дренированию желчных протоков является:
а) холедохолитиаз
б) хронический головчатый панкреатит
в) поликистоз печени
г) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха до 1.0см
д) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5см

274. Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена: 1.аневризмой брюшного отдела аорты 2.аневризмой брюшного отдела аорты 3.сдавлением мезентериальными сосудами 4.инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную 5. головчатым панкреатитом :

а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно1, 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

275. При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана:
а) операция Микулича
б) вправление инвагината ректоскопом
в) чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
г) чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината
д) сигмостома

276. При раке сигмовидной кишки , осложненном непроходимостью, целесообразна операция:
а) левосторонняя гемиколэктомия
б) резекция сигмовидной кишки
в) цекостомия
г) операция Гартмана
д) трансверзостомия

277. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:
а) ушивание перфорации, наложение двуствольного ануса
б) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
в) подведение тампонов к перфорации, наложение одностовльного ануса
г) цекостомия, дренирование брюшной полости
д) ушивание перфорации,двухствольная сигмостома,дренирование брюшной полости

278. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется:
а) низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия
б) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
в) петлевая сигмостомия и химиотерапия
г) низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени
д) петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия

279. Синдром Золлингера-Эллисона это:
а) множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной , тощей и подвздошной кишки
б) сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
в) пептические язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с энтеритом или диареей
г) рецидивирующие язвы желудка и 12п.кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы
д) пептические язвы желудка на фоне атрофия слизестой

280. Метаболические изменения вследствие стеноза привратника включают: 1.гипокалиемии. 2. гипонатриемии 3.дыхательного ацидоза 4.сгущения крови 5. кислой реакции мочи
а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5

в) верно 1,2,4,5
г) верно 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4,5

281. Критерием скользящей грыжи является:
а) участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
б) участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
в) наличие грыжевого содержимого
г) отсутствие грыжевого содержимого
д) участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

282. При флегмоне грыжевого мешка показано:
а) консервативное лечение с антибиотиками
б) вскрытие флегмоны
в) дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
г) интубация кишечника зондом Милле-Эбота
д) операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника

283. Клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
а) дисфагия
б) частая рвота желудочным содержимым
в) частые изжоги
г) похудание
д) неустойчивый стул

284. Удлинение протромбинового времени при желтухе не удается корригировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о:
а) наличии отдаленных метастазов
б) длительности механичесокой желтухи
в) полной обструкции желчных протоков
г) выраженной гепатоцеллюляроной дисфункции
д) гемолитической желтухи

285. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1.органичению патологического процесса в брюшной полости 2.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3.прекращению поступления ферментов и продуктов паспада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4.улучшению кровоснабжения железы 5.уменьшению активности протеолитических ферментов
а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

286. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки , за исключением:
а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатипестной связки

б) уменьшения в размерах желчного пузыря
в) выбухания стенки желудка кпереди
г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

287. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:
а) хронический алкоголизм
б) ЖКБ
в) гиперпаратиреоидизм
г) наследственный фактор
д) травма

288. Причиной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости может быть:
а) мерцательная аритмия
б) обостреня язвенной болезни желудка
в) компрессионный перелом позвоночника
г) гипертонический криз
д) болезнь Крона

289. Перемежающуюся желтуху можно обяснить:
а) камнем пузырного протока
б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
г) вентильным камнем холедоха
д) опухолью внепеченочных желчных протоков

290. Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли:
а) в тощей кишке
б) в подвздошной кишке
в) в червеобразном отростке
г) в толстой кишке
д) в прямой кишке

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 43.

Рядовой З., 30 лет, был придавлен бортом автомашины к забору. Сдавление пришлось на верхнюю часть живота. Кратковременно терял сознание. По возвращении сознания почувствовал резкое затруднение дыхания и боли в животе. Диагноз в первичной мед. карточке: "Ушиб и сдавление живота. Шок." Доставлен в ОМО через 2 часа после травмы. При поступлении состояние пострадавшего тяжелое, лежит на боку с поджатыми к животу ногами, бледен и безучастен к окружающему. Живот несколько вздут, умеренно напряжен, пальпация болезненна по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмерга положителен. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

1. Достаточно ли точен диагноз в первичной медициской карточке?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи?
3. Какова должна быть сортировка и объем помощи на МПП?
4. Следует ли оперировать пострадавшего или следует проводить противошоковую терапию?
5. Какие органы брюшной полости должны подвергатья ревизии?
6. На операции обнаружен разрыв печени и селезенки - как Вы по-ступите?

7. Что Вы сделаете с кровью, излившейся в брюшную полость при повреждениях, указанных в п.6?
8. Какое время больной должен находиться в ОМО?

Задача № 44.

Сержант Т., 28 лет, во время обстрела получил сквозное пулевое ра-нение левого бедра с переломом кости. Из выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы раненому была наложена повязка из 2-х индивидуальных пакетов и сделана инъекция промедола шприц-тюбиком. Нога фиксирована двумя толстыми сучьями. На МПП доставлен через 40 минут. При поступлении состояние тяжелое - бледен пассивен к окружающему, пульс 110 в минуту, АД-85/40. Нога фиксирована двумя ветками, доходящими до уровня тазобедренного сустава. Бедро деформировано, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

1. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку раненому?
2. Каков должен быть объем помощи раненому на МПП?
3. Как Вы оцениваете проведенную иммобилизацию подручными средствами? В чем заключается основная ошибка?
4. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего? Обоснуйте Ваше решение.
5. Перечислите возможные осложнения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей.
6. Классификация огнестрельных переломов.
7. На каком этапе эвакуации следует проводить первичную хирургическую обработку неосложненного огнестрельного перелома.
8. Перечислите этапы первичной хирургической обработки ран.

Задача № 45.

Рядовой Б., 20 лет, получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тя-желом состоянии. Сознание затуманено, возбужден, рвота. Тахипноэ. Пульс слабого наполнения 150 в 1 минуту, АД-90/40. После снятия шины Дитерихса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто, на коже синеватые и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные, определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передне-внутренней поверхности бедра размерами 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения обильные, сукровичные. Стопа и голень холодные, пульсация сосудов стопы не определяется

Поставьте полный диагноз.

1. Как Вы классифицируете данное осложнение раневого процесса?
2. Какое оперативное лечение показано раненому?
3. На каком этапе медицинской эвакуации и в какую очередь следует оперировать раненого?
4. Каков прогноз состояния пострадавшего?
5. Назовите клинические формы данного осложнения.
6. Какая профилактика подобных осложнений должна выполняться на этапах медицинской эвакуации?
7. Есть ли специфическое лечение данной патологии? Если есть, то какое?

Задача № 46.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски,

правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Составьте план обследования больного.

При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.

4. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической класси-фикации (Савари-Миллера)?
5. Сформулируйте полный клинический диагноз.
6. Современные методы консервативной терапии.
7. Показания к оперативному лечению.
8. Методы хирургического лечения данной патологии.

Задача № 47.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической конси-стенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перисталь-тирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Задача № 48.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.

5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Задача № 49.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5˚С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флуктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.
6. Особенности трофических язв другой этиологии: диабетиче-ские, нейротрофические, гипертонические.
7. Показания и методы хирургического лечения.
8. Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Задача № 51.

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – 4,5 х 10^{12}/л, Hb – 130 г/л, Ht – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.

3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?

При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.

5. Окончательный клинический диагноз.
6. Классификация повреждений селезенки.
7. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Задача № 52.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся

после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды.

Подобные расстройства беспокоят около двух лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Жи-вот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье.При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Какие виды сочетанной взаимообусловленной патологии желудочно-кишечного тракта вы знаете?
3. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
4. Показания к хирургическому лечению скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, методы хирургического лечения.
5. Что такое симультанная операция?
6. Какие варианты хирургической коррекции возможны у данной боль-ной?

Задача № 53.

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую по-мощь.При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8˚С, лейкоцитоз – $11,5x10^9$/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края по-вреждённой кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

Задача № 54.

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошно-ту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ кро-ви: эритр. $4,1x10^{12}$, Hb 120 г/л, лейк. $7,3x10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и био-химические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела

желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. pH-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?
7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 55.

Больной Н., 32 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадиируют, часто возникают ночью, натощак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения 2 раза в год (весна-осень), по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритр. $4{,}9x10^{12}$, Hb 140 г/л, лейк. $6{,}3x10^{9}$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.
2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
3. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?
6. Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?
7. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 56.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе

стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительно-го наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула пря-мой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритр. $2,8x10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови AB(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритромассы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объёме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногрупную кровь, если нет одногрупной

Задача № 57

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мяг-кий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритр. 2,7x1012, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билиру-бин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Chield следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно

быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?

10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 58.

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритр. $4,8x10^{12}$, Hb 140 г/л, лейк. $12,3x10^{9}$. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных мето-дов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Задача № 59.

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритр. $5,5x10^{12}$, Hb 180 г/л, лейк. $9,3x10^{9}$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.

7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Задача № 60.

Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтер. отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Ps 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Жи-вот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт ст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

Задача № 61.

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 7 дней употреблял алкоголь. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общий анализ крови: эритр. $2,6x10^{12}$, Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

Задача № 62.

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца.

При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлор-гидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

Задача № 63.

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5˚ С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз (14×10^9/л). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

Задача № 64.

Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабоположительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной не-проходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

Задание № 65.

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на

мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°С, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0x10^3$ в 1 мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

Задача № 66.

У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой под-вздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови $9,6x10^3$ в 1 мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний

1. Послеоперационный период и его патофизиологическая характеристика. Принципы лечения больных в послеоперационном периоде. Активный режим в послеоперационном периоде. Принципы трансфузионной терапии. Парентеральное питание. Лечебная физкультура.
2. Медицинская реабилитация и военно-врачебная экспертиза перенесших сепсис.
3. Врачебная экспертиза парапроктита и свищей крестцово-копчиковой области.
4. Врачебная экспертиза при гнойных заболеваниях кисти и стопы.
5. Врачебная экспертиза и медицинская реабилитация после аппендэктомии

Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение

6. перенесших острый холецистит.
7. Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение перенесших острый панкреатит.
8. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение и врачебная экспертиза при заболеваниях и травмах магистральных сосудов.
9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, лечение. Послеоперационные осложнения ранние и поздние, их лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.
10. Особенности послеоперационного лечения больных с заболеваниями тонкой и толстой кишки. Методы коррекции нарушений гомеостаза. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на тонкой и толстой кишке.
11. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза

при заболеваниях и после операций на прямой кишке.

12. Реабилитация онкологических больных;

13. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза при опухолях молочной железы.

14. Медицинская реабилитация и отдаленные результаты хирургического лечения рака легкого.

15. Отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода.

16. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на пищеводе.

17. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на желудке.

18. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на тонкой кишке.

19. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на прямой кишке.

20. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на толстой кишке.

Тестовые задания

1. Какие этапы выделяют в реабилитации пациентов с переломами конечностей:

Варианты ответов:

а) иммобилизационный;

б) острый;

в) подострый;

г) постиммобилизационный;

д) хронический.

2. Что является противопоказанием к назначению электростимуляции у пациентов с травмами нижних конечностей:

Варианты ответов:

а) острый воспалительный процесс в зоне воздействия;

б) сочетанная и комбинированная травма;

в) кардиостимулятор;

г) эпилепсия;

д) плохое стояние костных отломков.

3. Методы физиотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде у пациентов с переломом кости:

Варианты ответов:

а) переменное магнитное поле;

б) электростимуляция мышц;

в) теплолечение;

г) подводный душ-массаж;

д) дарсонвализация волосистой части головы.

4. Методы кинезотерапии предпочтительные в постиммобилизационный период травмы костей:

Варианты ответов:

а) массаж конечностей;

б) аналитическая гимнастика;

в) Kabat-терапия;

г) метод нейро-моторного проторения.

5. Чем определяются сроки начала кормления пациентов после проведе-ния оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) желанием пациента;

б) желанием доктора;

в) общим состоянием пациента;

г) объемом желудочного аспирата.

6. При каком объеме желудочного аспирата можно начинать кормление пациента после проведения оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) 200 мл;

б) 100 мл;

в) 50 мл;

г) отсутствие аспирата.

7. Какие особенности проведения дыхательной гимнастики у па-циентов после проведения оперативного лечения по поводу язвы же-лудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) щажение диафрагмы;

б) проведение наиболее глубоких дыхательных упражнений;

в) проведение упражнений только в состоянии сидя;

г) проведение упражнений только в состоянии лежа.

8. Какие травы используются в фитотерапии пациентов с гастритом и язвой желудка или 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) наперстянка, ландыш майский;

б) зверобой продырявленный, ромашка лекарственная, мята переч-ная;

в) толокнянка, хвощ полевой, можжевельник.

9. Задачи реабилитации пациентов с травмами конечностей:

Варианты ответов:

а) восстановление целостности костной структуры;

б) восстановление мышечной силы;

в) предупреждение контрактур;

г) ликвидация или уменьшение болевого синдрома;

д) все вышеперечисленное.

10. «Идеомоторными» называются упражнения, при выполнении которых пациент:

Варианты ответов:

а) выполняет их по повторению;

б) выполняет их с противодействием;

в) выполняет их, представляет себе весь комплекс возникающих ощущений;

г) произвольно напрягет мышцы.

11. Правила, определяющие начало двигательной реабилитации при переломах кости:

Варианты ответов:

а) движения должны быть приятны для пациента;

б) движения должны быть безболезненны;

в) не должно быть смещения костных отломков;

г) движения должны быть легковыполнимы для кинезотерапевта.

12. Реабилитационные периоды при переломах конечности:
Варианты ответов:
а) иммобилизационный;
б) постиммобилизационный;
в) восстановительный период;
г) резидуальный период;
д) все вышеперечисленное.

13. Цели кинезотерапии при переломах конечности:
Варианты ответов:
а) кинезотерапия должна способствовать правильному стоянию костных отломков;
б) кинезотерапия должна способствовать равномерному распределению мышечного тонуса;
в) кинезотерапия должна способствовать мобилизации близлежащих суставов и мышц;
г) кинезотерапия должна способствовать нормализации крово- и лимфообращения.

14. В иммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:
Варианты ответов:
а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
б) индуктотермию на повязку с 3-х суток после высыхания гипса;
в) переменное магнитное поле с 1-х суток;
г) применение токов ультравысокой частоты с 1–2-х суток с противоотечной целью.

15. В постиммобилизационном периоде кинезотерапевтические мероприятия начинают с:
Варианты ответов:
а) пассивных движений, производимых персоналом и самодвиже-ний;
б) активной кинезотерапии в травмированной конечности;
в) идеомоторных (воображаемых) движений;
г) постурального положения.
16. Противопоказанием к проведению кинезотерапии в травмированной конечности в постиммобилизационном периоде являются:
Варианты ответов:
а) несросшиеся переломы;
б) невправленные вывихи;
в) артриты в фазе острого воспаления;
г) обширные повреждения кожи и мягких тканей.

17. В постиммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:
Варианты ответов:
а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
б) теплолечение (пеллоидотерапия или парафин-озокерит);
в) лазеротерапию;
г) ультрафиолетовое облучение крови.

18. Виды пассивной кинезотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде травмы конечности:
Варианты ответов:
а) трудотерапия (стенды, домашнее задание);
б) механотерапия;

в) мануальная терапия;
г) эрготерапия.

19. Цели эрготерапии при переломах костей нижней конечно-сти:
Варианты ответов:
а) обучение самостоятельной ходьбе;
б) обучение пользованию средствами технической компенсации (костыли, трости, коляски, ходунки);
в) переоборудование жилища и транспорта при невозможности компенсации средствами технической компенсации самообслуживания и передвижения.

20. Диета при травмах костей конечностей должна включать:
Варианты ответов:
а) уменьшенное содержание жиров и углеводов;
б) уменьшенное количество соли;
в) полноценное сбалансированное питание с некоторым повышением продуктов, содержащих кальций;
г) протертые блюда без раздражающих веществ.

21. Какие из упражнений наиболее показаны при облитерирую-щем эндартериите нижних конечностей:
Варианты ответов:
а) бег трусцой;
б) тренировка коллатералей (сгибание и разгибание на весу в сочетании с дыхательной гимнастикой);
в) ходьба с препятствиями;
г) дозированная ходьба.

Ультразвуковая терапия, аэрозольтерапия, водо- и теплолечение, грязелечение, санаторно-курортное лечение

1. Ультразвук получают благодаря прямому пьезоэлектрическому эффекту:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

2. Каковы основные дозиметрические параметры ультразвуковой терапии:
Варианты ответов:
а) сила тока;
б) мощность;
в) напряжение;
г) интенсивность;
д) режим.

3. Сколько вещества вводится в ткани при ультрафонофорезе:
Варианты ответов:
а) 0,5 %;
б) 1–3 %;
в) 30–40 %;
г) 40–50 %;
д) 10–12 %.

4. Назовите показания для ультразвуковой терапии:
Варианты ответов:

а) туберкулез легких;
б) неосложненная язвенная болезнь желудка;
в) гипертрофический фарингит;
г) келлоидный рубец;
д) рассеянный склероз.

5. Какой фактор является действующим в ультразвуке:
Варианты ответов:
а) ток высокой частоты;
б) магнитное поле;
в) механическое колебание;
г) импульсный ток;
д) электромагнитное поле.

6. Какие факторы имеют основное значение в механизме действия ультразвука:
Варианты ответов:
а) токи поляризации;
б) тепловой;
в) осцилляторный;
г) физико-химический;
д) механический.

7. В каких тканях наблюдается наибольшее поглощение ультразвука:
Варианты ответов:
а) подкожная жировая клетчатка;
б) мышечная;
в) нервная;
г) костная;
д) паренхиматозные органы.

8. На какую максимальную глубину в условиях целостного организма распространяется ультразвук частотой 800 кГц:
Варианты ответов:
а) 0,3–0,5 см;
б) 1 см;
в) 30–40 см;
г) 8–10 см.

9. Обладают ли лечебные грязи высокой теплопроводностью:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

10. Сапропелевые грязи образуются на дне пресных водоемов:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

11. Торфяные грязи образуются при малом доступе кислорода:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.
12. Наиболее активной в терапевтическом отношении частью пелоидов является

кристаллический скелет:

Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

13. Обладают ли пелоиды противовоспалительным эффектом:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

14. Укажите основные действующие факторы лечебных грязей:
Варианты ответов:
а) температурный;
б) фотохимический;
в) механический;
г) химический;
д) электрический.

15. Укажите особенности механизма действия парафина:
Варианты ответов:
а) отсутствие механического фактора;
б) отсутствие химического фактора;
в) отсутствие температурного фактора.

16. Какое первичное действие оказывает озокеритотерапия:
Варианты ответов:
а) химическое;
б) компрессионное;
в) тепловое;
г) рефлекторное;
д) фотофизическое.

17. При каких заболеваниях показана озокеритотерапия:
Варианты ответов:
а) болезнь Бехтерева I степени активности;
б) тиреотоксикоз;
в) невралгия тройничного нерва;
г) вибрационная болезнь;
д) полиартрит туберкулезный.

18. Действием каких факторов определяется влияние пелоидов на организм:
Варианты ответов:
а) тепловой;
б) физико-химический;
в) химический;
г) биологический;
д) механический.

19. Укажите показания к грязелечению:
Варианты ответов:
а) перелом локтевой кости с замедленной консолидацией;
б) хронический эндометрит;
в) избыточная костная мозоль;

г) склеродермия;
д) острый холецистит.

20. С какого минимального возраста может применяться грязелечение:
Варианты ответов:
а) с первых дней жизни;
б) с 5 лет;
в) с 2 лет;
г) с 1 года;
д) с 7 лет.

21. Какова температура нагрева лечебной грязи при митигированном грязелечении:
Варианты ответов:
а) 32–36 °С;
б) 37–40 °С;
в) 42–46 °С.

22. Какова температура плавления озокерита:
Варианты ответов:
а) 52–70 °С;
б) 60–76 °С;
в) 95–10 0°С;
г) 40–48 °С.

23. Лечебное действие пресной воды обусловлено влиянием факторов:
Варианты ответов:
а) температурного;
б) химического;
в) механического;
г) физического.

24. Вода обладает:
Варианты ответов:
а) высокой теплопроводностью;
б) низкой теплопроводностью.
25. Душ Шарко является:
Варианты ответов:
а) веерным;
б) дождевым;
в) струевым;
г) пылевым.

26. Можно ли использовать углекислые ванны при патологии сердечно-сосудистой системы:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

27. Какие ванны относятся к минеральным:
Варианты ответов:
а) скипидарные;
б) сероводородные;
в) шлаковые;

г) йодобромные;
д) радоновые.

28. Какими свойствами обладает вода как лечебный теплоноситель:
Варианты ответов:
а) высокая теплоемкость и высокая теплопроводность;
б) высокая теплоемкость и низкая теплопроводность;
в) низкая теплоемкость и низкая теплопроводность;
г) низкая теплоемкость и высокая теплопроводность.

29. Назовите газовые ванны:
Варианты ответов:
а) шалфейные;
б) валериановые;
в) углекислые;
г) горчичные;
д) жемчужные;
е) сероводородные.

30. Температура прохладных водных процедур:
Варианты ответов:
а) ниже 20 °С;
б) 20–35 °С;
в) 36–37 °С;
г) 38–40 °С;
д) выше 40 °С.
31. Можно ли направить на санаторно-курортное лечение пациента с эпилепсией:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

32. Применяется ли спелеотерапия у пациентов с бронхиальной астмой:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

33. Иловые сульфидные грязи образуются на дне:
Варианты ответов:
а) пресных водоемов;
б) болот;
в) морей.

34. Гидротерапия — это:
Варианты ответов:
а) применение природных минеральных вод с лечебными целями;
б) применение пресной воды с лечебной целью;
в) применение искусственной минеральной воды с лечебными целями.

35. Можно ли рассматривать гелиотерапию как вид климатотерапии:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

36. Какие физические свойства теплоносителей определяют их пригодность для теплолечения:

Варианты ответов:

а) высокая теплоемкость;

б) высокая теплопроводность;

в) высокая теплоудерживающая способность;

г) низкая теплопроводность;

д) низкая электропроводность.

37. Назовите противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение:

Варианты ответов:

а) острый холецистит;

б) эпилепсия;

в) хронический бронхит;

г) беременность 20 недель (на климатический курорт);

д) активный туберкулез;

е) ишемическая болезнь сердца I–II ФК;

ж) беременность 12 недель (на бальнеологический курорт).

38. Какова температура теплых воздушных ванн:

Варианты ответов:

а) 1–8 °С;

б) 17–20 °С;

в) 21–22 °С;

г) 23°С и выше.

39. Укажите температуру индифферентных водных процедур:

Варианты ответов:

а) ниже 20 °С;

б) 20–35 °С;

в) 36–37 °С;

г) 38–40 °С;

д) выше 40 °С.

40. Укажите виды климатотерапии:

Варианты ответов:

а) бальнеотерапия;

б) гелиотерапия;

в) гидротерапия;

г) аэротерапия;

д) талассотерапия;

е) спелеотерапия.

41. Назовите показания для спелеотерапии:

Варианты ответов:

а) бронхиальная астма;

б) пневмосклероз;

в) истерия;

г) абсцесс легкого;

д) астматический бронхит;

е) гипертоническая болезнь I степени.

42. Укажите температуру прохладных водных процедур:

Варианты ответов:
а) ниже 20 °С;
б) 20–35 °С;
в) 36–37 °С;
г) 38–40 °С;
д) выше 40 °С.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.2 Патологическая анатомия

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	76
Тестовые задания	202
Ситуационные (клинические) задачи	50

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача 1

У 57-летней женщины, на протяжении многих лет страдавшей хроническим бронхитом, при стационарном обследовании выявлена бронхоэктатическая болезнь.

1. Опишите возможные микроскопические изменения стенки бронха.
2. Объясните механизм формирования бронхоэктазов.
3. Какие перенесенные инфекционные заболевания, в том числе и в детском возрасте, могут привести к бронхоэктатической болезни.
4. Объясните причину развития почечной недостаточности у больных бронхоэктатической болезнью.

Задача 2

Больной 67 лет умер в стационаре при явлениях дыхательной недостаточности. На вскрытии верхняя доля правого легкого резко уплотнена, темно-красного цвета с фибринозными наложениями на плевре. Регионарные лимфатические узлы увеличены, полнокровны.

1. Диагностируйте заболевание.
2. Дайте название этой стадии заболевания.
3. Опишите микроскопические изменения легочной ткани при этой стадии заболевания.
4. Укажите возможные легочные осложнения.
5. Назовите синонимы заболевания.

Задача 3

Основной причиной смерти больного крупозной пневмонией явилась гематогенная генерализация инфекции с развитием внелегочных осложнений.

1. Перечислите возможные внелегочные осложнения.
2. В какую стадию заболевания развиваются эти осложнения?

Задача 4

Больная 27 лет с детства страдала тяжелой формой бронхиальной астмы. Во время очередного обострения, связанного с острой респираторно-вирусной инфекцией, на высоте приступа наступила смерть от острой дыхательной недостаточности.

1. Опишите макроскопические изменения в легких.

2. Охарактеризуйте микроскопические изменения бронхов при бронхиальной астме.
3. Опишите возможные изменения в сердце.
4. Как образно называется такое сердце?

Задача 5

У ребенка 1 года 6 месяцев на 10 день после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции отмечен подъем температуры до 39°С. Появились одышка, учащенное дыхание, преходящий цианоз кожных покровов. При нарастании интоксикации и дыхательной недостаточности ребенок умер. На вскрытии в легких обнаружены плотные рассеянные темно-красные очаги в II, VI, IX и X сегментах до 0,2–0,3 см в диаметре, с зернистой поверхностью, располагающиеся преимущественно вокруг мелких бронхов.

1. Диагностируйте процесс в легочной ткани умершего.
2. Укажите возможный вариант патологии с учетом объема поражения легочной паренхимы.
3. Перечислите варианты легочных осложнений.

Задача 6

У больного после резекции желудка по поводу злокачественного новообразования на 4-е сутки отмечены повышение температуры до 38°С, тахикардия, нарастающая дыхательная недостаточность.

1. Назовите процесс в легких.
2. Уточните патогенетический вариант заболевания.
3. Перечислите возможные этиологические факторы.

Задача 7

На аутопсии умершего больного 38 лет, страдавшего в течение 15 лет хроническим бронхитом, субплеврально выявлено узловато-разветвленное опухолевое образование диаметром до 1 см. Прилежащая к этому очагу плевра утолщена, в плевральной полости – скопление серозно-геморрагического экссудата.

1. Диагностируйте заболевание.
2. Укажите вариант патологии с учетом топографии процесса.
3. Опишите наиболее часто встречающийся гистологический вариант опухоли.
4. Назовите особенности клинического течения этого заболевания.
5. Укажите преимущественный путь метастазирования этой опухоли.

Задача 8

Больная 45 лет, длительное время страдавшая бронхиальной астмой, поступила в пульмонологическое отделение во время астматического приступа.

1. Какие характерные изменения развиваются в легких во время астматического приступа.
2. Охарактеризуйте возможные особенности поражения стенки бронхов при бронхиальной астме.
3. Перечислите этиологические варианты бронхиальной астмы.

Задача 9

У мужчины 42 лет заболевание началось остро с подъема температуры до 38–39°С и сопровождалось прогрессирующим нарастанием дыхательной недостаточности. На 5-е сутки от начала заболевания пациент умер. Диагностирована крупозная пневмония.

1. Назовите синонимы этого заболевания.
2. Установите стадию заболевания.
3. Назовите составные компоненты экссудата в эту стадию.

Задача 10

На аутопсии умершего 46 лет, рабочего типографии, в долевом бронхе обнаружено узловатое образование с признаками эндофитного роста.

1. Предположите характер выявленной патологии.
2. Назовите возможные гистологические варианты опухоли.
3. Где могут быть выявлены первые метастазы?
4. В каком органе будут обнаружены первые гематогенные метастазы?

Задача 11

Больной поступил в клинику с жалобами на резкие боли в брюшной полости, слабость. Через несколько минут после поступления отмечены потеря сознания, нитевидный пульс. В экстренном порядке оперирован. В брюшной полости обнаружено около 1500 мл крови, в брюшном отделе аорты – мешковидное выбухание с истонченной стенкой.

1. Назовите патологический процесс, обнаруженный в брюшном отделе аорты.
2. Какое заболевание привело к развитию указанного осложнения?
3. В какой стадии заболевания наиболее часто развивается это осложнение?
4. Каков механизм кровотечения?
5. Как называется скопление крови в брюшной полости?

Задача 12

У мужчины 72 лет, поступившего в хирургическое отделение с синдромом Лериша, диагностирована начинающаяся гангрена правой стопы. Произведена высокая ампутация правой нижней конечности.

1. Назовите основное заболевание, обусловившее развитие гангрены конечности.
2. Укажите стадии этого заболевания, при которых возможно развитие гангрены конечности.
3. Назовите частое осложнение, приводящее к развитию гангрены нижней конечности.

Задача 13

Больной обратился к врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, боли в сердце. В течение нескольких лет периодически отмечалось повышение артериального давления. Заболевания, с которыми можно было бы связать артериальную гипертонию, не найдены. Поставлен диагноз гипертонической болезни.

1. О какой клинико-морфологической форме болезни идет речь?
2. О какой стадии болезни можно думать?
3. Какие морфологические изменения сердца соответствуют этой стадии заболевания?
4. Какой отдел сердца преимущественно изменен?
5. Каковы изменения артериол в этой стадии?

Задача 14

У больного, страдавшего в течение 15 лет гипертонической болезнью, в последнее время появились жалобы на быструю утомляемость, отеки лица. При обследовании выявлены протеинурия, значительное повышение уровня креатинина в сыворотке крови. Больной умер от хронической почечной недостаточности.

1. Какая клинико-морфологическая форма гипертонической болезни имеет место?
2. Как называется процесс, развившийся в почках?
3. Опишите макроскопический вид почек.
4. Назовите наиболее характерные изменения артериол почек, выявленные при микроскопическом исследовании.

Задача 15

Больной 47 лет госпитализирован в кардиологическое отделение по поводу инфаркта миокарда. На 6-й день от начала заболевания у пациента вновь появились резкие боли в

области сердца, стала нарастать сердечно-сосудистая недостаточность. При обследовании перкуторно в области сердца выявлена абсолютная тупость, тоны сердца не прослушивались. Границы сердца резко расширены.

1. Установите основное заболевание (нозологическую форму), которое явилось причиной смерти больного.

2. Назовите возможное заболевание, способствовавшее возникновению инфаркта миокарда.

3. Определите характер смертельного осложнения.

4. Объясните механизм этого осложнения.

5. Укажите причину остановки сердца.

Задача 16

Больной поступил в терапевтическое отделение с диагнозом «инфаркт миокарда» и скончался при явлениях острой левожелудочковой недостаточности. На аутопсии выявлен серовато-желтый очаг некроза с геморрагическим венчиком в передней стенке левого желудочка. В задней стенке обнаружено выбухание с истончением до 0,5 см склерозированной стенки левого желудочка. Просвет коронарных артерий сужен более чем на 50% первоначальной величины из-за атероматозных и кальцинированных бляшек.

1. Назовите основное заболевание, диагностированное патологоанатомом.

2. К какой группе заболеваний в соответствии с требованиями международной классификации болезней может быть отнесена выявленная патология?

3. Как называется патологическое образование, обнаруженное в задней стенке левого желудочка?

4. Какое заболевание можно рассматривать как фоновое?

5. Как называется выявленная форма атеросклеротического поражения коронарных артерий?

Задача 17

У больного, в течение 16 лет страдавшего гипертонической болезнью, диагностирован острый инфаркт миокарда. Через 3 недели после поступления в кардиологическое отделение у пациента вновь появились сильные загрудинные боли, не снимающиеся нитроглицерином. Смерть наступила при явлениях левожелудочковой недостаточности. При патогистологическом исследовании миокарда были выявлены свежие очаги некроза кардиомиоцитов в зонах разрастания грануляционной ткани.

1. Назовите основную нозологическую форму, диагностированную на секции.

2. Укажите форму инфаркта миокарда с учетом сроков его возникновения.

3. Какое заболевание можно рассматривать как фоновое?

4. В каком отделе сердца наиболее часто развивается инфаркт миокарда?

5. Какова возможная причина возникновения инфаркта миокарда у данного больного?

Задача 18

Больной 85 лет доставлен в клинику в крайне тяжелом состоянии. Сознание отсутствует, диагностирован правосторонний паралич. Ранее отмечалось преходящее нарушение мозгового кровообращения. При нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности наступила смерть.

1. Какие изменения головного мозга могли обусловить летальный исход?

2. На фоне каких заболеваний сердечно-сосудистой системы могут развиться указанные изменения головного мозга?

3. К какой группе в соответствии с международной классификацией болезней относится патология головного мозга, обусловившая наступление летального исхода?

Задача 19

У больного, многие годы страдавшего атеросклерозом и перенесшего ранее инфаркт

миокарда, развился длительный приступ загрудинных болей. Больной госпитализирован. Через 3 дня после госпитализации происходит внезапное расширение границ сердца влево, появляется пульсация сердца в области верхушки. На фоне прогрессирующей сердечной недостаточности возникают клинические признаки правостороннего паралича.

1. Назовите основное заболевание у данного больного?
2. Какое заболевание следует считать фоновым?
3. О каких осложнениях со стороны сердца можно думать?
4. С чем может быть связано развитие паралича?
5. Каков механизм возникновения поражения головного мозга?

Задача 10

Больная, страдавшая в течение 20 лет гипертонической болезнью, доставлена в неврологическое отделение с жалобами на резкую головную боль, нарушение движений в руке и ноге слева. Артериальное давление при поступлении – 220/110 мм рт. ст. При люмбальной пункции в спинномозговой жидкости обнаружены эритроциты. Через 5 часов после госпитализации больная скончалась. На вскрытии в медиальных отделах правого полушария головного мозга найдена гематома с прорывом крови в боковые желудочки.

1. О какой стадии гипертонической болезни идет речь?
2. Назовите клинико-морфологическую форму гипертонической болезни у данной больной.
3. Какие изменения артерий головного мозга могли быть обнаружены при макроскопическом исследовании?
4. Какие изменения мелких артерий и артериол можно выявить при гистологическом исследовании?
5. Каков механизм кровоизлияния?

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Патологическая анатомия как составная часть медицины, ее цели, задачи, методы изучения и значение в системе здравоохранения.
2. Методы исследования в патологической анатомии.
3. История развития патологической анатомии. Патологоанатомическая служба в России.
4. Понятие о клинической и биологической смерти. Характеристика посмертных изменений.
5. Общая характеристика нарушений кровообращения и лимфообращения, классификация. Артериальная гиперемия, определение, виды, морфологическая характеристика.
6. Венозное полнокровие, определение, виды. Морфологическая характеристика хронического общего венозного полнокровия.
7. Морфогенез мускатного фиброза печени. Венозные коллатеральные пути при нарушении портального кровотока.
8. Морфогенез бурой индурации легких.
9. Морфологическая характеристика острого общего венозного полнокровия.
10. Местное венозное полнокровие, определение, патологическая анатомия.
11. Малокровие. Стаз. Определение, причины возникновения, виды, исходы, значение.
12. Кровотечения и кровоизлияния, определение, причины, виды, исходы, значение.
13. Тромбоз и тромб, определение. Морфогенез, морфология, осложнения и исходы

тромба. Значение тромбоза для организма.

14. Эмболия и эмбол, определение, виды, осложнения и исходы. Значение эмболий.

15. Плазморрагия, определение, морфологическая характеристика. Нарушения лимфообращения, виды, морфологическая характеристика, значение.

16. Нарушение содержания тканевой жидкости, виды, морфологическая характеристика, значение.

17. Шок, определение, патогенез, классификация, патологическая анатомия.

18. ДВС-синдром, определение, патогенез, патологическая анатомия.

19. Патологическая анатомия острой и хронической сердечной недостаточности.

20. Дистрофия, определение. Причины и механизмы развития дистрофического процесса, его значение. Классификации дистрофий.

21. Паренхиматозные дистрофии, определение, классификации.

22. Паренхиматозные жировые дистрофии, разновидности, механизмы развития, характеристика, функциональное значение.

23. Стромально-сосудистые дистрофии, определение, классификации. Морфогенез стромально-сосудистых диспротеинозов. Мукоидное набухание.

24. Фибриноидное набухание. Гиалиноз. Морфологическая характеристика, функциональное значение.

25. Амилоидоз, определение, классификация, морфогенез.

26. Патологическая анатомия амилоидоза печени, почек, селезенки, функциональное значение.

27. Стромально-сосудистые жировые дистрофии, причины, патогенез, патологическая анатомия, функциональное значение.

28. Смешанные дистрофии, определение, виды. Характеристика гемоглобиногенных пигментов в норме и патологии. Морфологическая характеристика гемосидероза.

29. Нарушение обмена билирубина: желтухи, виды, патологическая анатомия.

30. Нарушение обмена нуклеопротеидов. Нарушение обмена кальция.

31. Образование камней, патогенез, значение и последствия.

32. Некроз, определение, стадии, причины и механизмы, микроскопические признаки.

33. Апоптоз, определение, морфология, биологическое значение.

34. Клинико-морфологические формы некроза, их характеристика, исходы.

35. Воспаление, определение, классификации. Клинические признаки воспаления, их характеристика. Терминология.

36. Морфологические признаки воспаления, их характеристика.

37. Воспаление, определение, патогенез, исходы.

38. Экссудативное воспаление, определение, виды. Причины, виды, морфологическая характеристика, исходы фибринозного воспаления.

39. Гнойное воспаление, причины, виды, морфологическая характеристика, исходы.

40. Причины, морфологическая характеристика, исходы серозного, катарального, геморрагического и гнилостного воспаления. Понятие о воспалительном инфильтрате.

41. Продуктивное воспаление, определение, виды. Морфологическая характеристика межуточного воспаления и воспаления с образованием полипов и остроконечных кондилом.

42. Грануляционная ткань, определение, морфогенез, биологическое значение.

43. Острое, подострое, хроническое воспаление. Понятие о воспалительном инфильтрате.

44. Гранулематозное воспаление, определение, классификации гранулем, морфологическая характеристика.

45. Иммунопатологические процессы. Морфологические изменения органов иммунной системы при антигенной стимуляции. Морфологическая характеристика реакций гиперчувствительности.

46. Морфологическая характеристика реакций гиперчувствительности замедленного типа

47. Иммунодефицитные состояния, виды, характеристика.

48. Аутоиммунные болезни, определение, характеристика.

49. Регенерация, определение. Условия, определяющие виды и качество регенерации. Репаративная регенерация, определение, характеристика, функциональное значение.

50. Регенерация, определение, виды. Патологическая регенерация, определение, характеристика, функциональное значение.

51. Процессы приспособления и компенсации, определение, виды, фазы развития. Регенерация эпителия, нервной ткани.

52. Регенерация сосудов, крови, соединительной и жировой тканей.

53. Регенерация костной, хрящевой, мышечной тканей.

54. Гипертрофия и гиперплазия, определение, виды, морфологическая характеристика, значение.

55. Атрофия, определение, виды, морфологическая характеристика, значение.

56. Процессы организации. Заживление ран.

57. Склероз, определение, классификация, морфологическая характеристика.

58. Опухоль, определение, ее отличие от других патологических процессов. Классификация опухолей. Система ТНМ.

59. Опухоль, определение, характеристика роста опухолей. Опухолевый атипизм, определение, виды. Характеристика морфологического атипизма. Понятие о клеточной анаплазии.

60. Метастаз и метастазирование, определение. Механизм развития метастазов, пути метастазирования. Отличия первичной опухоли от метастаза.

61. Характеристика вторичных изменений в опухоли. Рецидив опухоли, определение, его причины. Влияние опухоли на организм.

62. Зрелые и незрелые опухоли, их характеристика.

63. Теория возникновения опухолей.

64. Гистогенез и морфогенез опухолей.

65. Предопухолевый процесс, определение, характеристика.

66. Опухоли эпителиального происхождения, виды, общая характеристика, морфология. Опухоли органонеспецифические. Морфология.

67. Рак, определение, морфологическая характеристика.

68. Опухоли мезенхимального происхождения, разновидности, общая характеристика.

69. Саркома, определение, морфологическая характеристика.

70. Опухоли соединительнотканного происхождения, виды, морфологическая характеристика.

71. Опухоли сосудистого происхождения, виды, морфологическая характеристика.

72. Опухоли мышечного происхождения, виды, морфологическая характеристика.

73. Опухоли костно-суставного происхождения, виды, морфологическая характеристика.

74. Опухоли меланинообразующей ткани, виды, морфологическая характеристика.

75. Опухоли нервной системы и оболочек мозга, виды, морфологическая характеристика.

76. Гемобластозы, определение, классификация, общая характеристика.

Тестовые задания

1. Амилоидозом может осложниться

А. Гипертоническая болезнь

Б. Атеросклероз

В. Цирроз печени

Г. Хронический абсцесс легких

Д. Ишемическая болезнь сердца

2. Белковая дистрофия является результатом

А. Уменьшения количества жидкости в цитоплазме

Б. Повреждения лизосом
В. Сморщивания митохондрий
Г. Увеличения количества внутриклеточных липидов
Д. Инфильтрации белка в цитоплазму
3. Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:
А. Обратимым
Б. Необратимым
В. Транзиторным
Г. Все перечисленное верно
4. Амилоидные тельца чаще встречаются в:
А. Простате
Б. Легких
В. Головном мозге
Г. Почках
Д. Печени
5. Ревматической болезнью является:
А. Туберкулез
Б. Системная склеродермия
В. Атеросклероз
Г. Амилоидоз
Д. Артроз
6. Признак, объединяющий ревматические болезни
А. Кахексия
Б. Тромбоэмболия
В. Геморрагический синдром
Г. Прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани
7. Характерное изменение соединительной ткани при ревматических бо-лезнях:
А. Склероз и петрификация
Б. Амилоидоз и гиалиноз
В. Фибриноидное набухание
Г. Гнойная инфильтрация
Д. Кальциноз и ослизнение
8. На активность ревматического процесса указывает:
А. Недостаточность трехстворчатого клапана
Б. Сращение заслонок аортального клапана
В. Стеноз митрального клапана
Г. Периваскулярный склероз
Д. Периваскулярное фибриноидное набухание
9. Коллаген окрашивается в голубой цвет, когда его выявляют:
А. Окраской по Футу
Б. Поляризационным методом
В. Окраской по Маллори
Г. Окраской пикрофуксином
10. Признак активности ревматического процесса:
А. Недостаточность аортального клапана
Б. Стеноз аортального клапана
В. Гранулема Ашоффа-Талалаева
Г. Укорачивание и утолщение хорд
Д. Периваскулярный кардиосклероз
11. Наиболее частая клинико-анатомическая форма ревматизма:
А. Полиартритическая
Б. Нодозная
В. Кардиоваскулярная

Г. Церебральная
12. В ранней стадии возникновения ревматической гранулемы обнаружи-вают:
А. Фибриноидное набухание
Б. Гигантоклеточную реакцию
В. Фиброз
Г. Эозинофильный инфильтрат
Д. Ишемический некроз
13. Изменение соединительной ткани, характерное для обострения ревма-тизма:
А. Амилоидоз
Б. Мукоидное набухание
В. Малокровие сосудов
Г. Гиалиноз
Д. Склероз
14. Эндокардит при ревматизме встречается в форме:
А. Полипозно-язвенного
Б. Диффузного вальвулита
В. Острого язвенного
Г. Кальцифицирующего
Д. Дистрофического
15. При быстропрогрессирующем ревматизме у детей изменения эндокарда характеризуются:
А. Изъязвлением клапанов
Б. Тромботическими наложениями с бактериями на некротизированных клапа-нах
В. Тромботическими наложениями на тонких створках клапана
Г. Пороком сердца
Д. Полипозно-язвенным эндокардитом
16. Осложнение возвратно-бородавчатого эндокардита:
А. Инфаркты в органах большого круга кровообращения
Б. Кахексия
В. Абсцесс мозга
Г. Перикардит
Д. Тромбоэмболия легочной артерии
17. Возможный исход ревматического миокардита:
А. Порок сердца
Б. Кардиосклероз
В. Бурая атрофия
Г. Облитерация полости перикарда
Д. Ожирение сердца
18. Наиболее частый вид миокардита при ревматизме у детей:
А. Продуктивный очаговый
Б. Диффузный межуточный экссудативный
В. Гранулематозный
Г. Некротический
Д. Диффузный продуктивный
19. Наиболее часто поражается при ревматизме клапан:
А. Аортальный
Б. Митральный
В. Трикуспидальиый
Г. Легочной артерии
20. "Образным" названием сердца при ревматическом перикардите явля-ется сердце:
А. Легочное
Б. «Бычье»
В. «Тигровое»

Г. «Волосатое»
Д. Панцирное
21. При ревматизме у взрослых обычно развивается миокардит:
А. Экссудативный диффузный
Б. Диффузный продуктивный
В. Узелковый продуктивный
Г. Гнойный
Д. Некротический
22. Характерное изменение соединительной ткани при ревматизме:
А. Амилоидоз
Б. Липоидоз
В. Атеросклероз
Г Атрофия
Д. Мукоидное набухание
23. Характерный признак возвратно-бородавчатого эндокардита:
А. Склероз створок и их изъязвление
Б. Перфорация створок клапана
В. Периваскулярный кардиосклероз
Г. Склероз створок с тромботическими наложениями
Д. Обызвествление и гиалиноз створок
24. Осложнение ревматического возвратно-бородавчатого эндокардита:
А. Гнойный менингит
Б. Медиастинит
В. Инфаркт селезенки
Г. Тромбоз вен
Д. Инфаркт легкого
25. Исход ревматического эндокардита:
А. Изъязвление клапана
Б. Фибриноидный некроз
В. Мукоидное набухание
Г. Кардиосклероз
Д. Порок сердца
26. Ревматический перикардит может быть:
А. Гнойным
Б. Геморрагическим
В. Фибринозным
Г. Гнилостным
Д. Катаральным
27. Изменения створок при ревматическом остром бородавчатом эндокар-дите бывают в виде:
А. Изъязвления клапанов с тромботическими наложениями на них
Б. Тромботических наложений в местах повреждения эндотелия
В. Склероза и деформации створок
Г. Перфорации створок
Д. Гиалиноза створок
28. В третьей стадии ревматоидного артрита отмечают:
А. Артроз
Б. Обызвествление
В Разрастание грануляционной ткани
Г. Фиброзно-костный анкилоз
Д. Фибриноидное набухание ворсин
29. Частое осложнение ревматоидного артрита:
А. Эндомиокардит

Б. Амилоидоз
В. Порок сердца
Г. Мукоидное набухание
Д. Абсцесс мозга
30. Исходы изменений в связочном аппарате позвоночника и межпозвонко-вых дисков при ревматоидном артрите:
А. Мукоидное набухание
Б. Изъязвление
В. Гранулематоз
Г. Обызвествление, окостенение
Д. Разрастание грануляционной ткани
31. Характерное морфологическое изменение при узелковом периартерии-те:
А. Артериолосклероз
Б. Атеросклероз
В. Фибриноидный некроз
Г. Деструкгивно-пролиферативный васкулит
Д. Амилоидоз
32. Исход узелкового периартериита:
А. Мукоидное набухание
Б. Липоидоз
В. Склероз
Г. Атеросклероз
Д. Атероматоз
33. Феномен "проволочных петель" в почках развивается при:
А. Ревматизме
Б. Системной красной волчанке
В. Атеросклерозе
Г. Ревматоидном артрите
Д. Склеродермии
34. Эндокардит при системной красной волчанке:
А. Возвратно-бородавчатый
Б, Диффузный
В. Фибропластический
Г. Абактериальный бородавчатый
Д. Полипозно-язвенный
35. Характерный морфологический признак волчаночного нефрита:
А. Гиалиноз стромы
Б. Амилоидоз клубочков
В. Фибриноидный некроз капилляров клубочков
Г. Гломерулосклероз
Д. Малокровие клубочков
36. Возможная причина смерти при системной красной волчанке:
А. Инфаркт легкого
Б Гнойный менингит
В. Артроз
Г Сепсис
Д. Медиастинит
37. Изменения в коже при системной склеродермии проявляются в виде:
А. Гиалиноза
Б. Обызвествления
В. Дерматита
Г. Нагноения
Д. Липоидоза

38. Характерное изменение сердца при системной склеродермии:
А. Возвратно-бородавчатый эндокардит
Б. Фибриноидный некроз и гранулематоз
В. Мукоидное набухание и фиброз
Г. Узелковый миокардит
Д. Диффузный экссудативный миокардит
39. Гиалиноз встречается в исходе:
А. Жировой дистрофии органа
Б. Колликвационного некроза
В. Мукоидного и фибриноидного набухания
Г. Лейкоцитарной инфильтрации стромы
Д. Вакуольной дистрофии
40. Амилоидозом может осложниться:
А. Гипертоническая болезнь
Б. Атеросклероз
В. Цирроз печени
Г. Хронический абсцесс легких
Д. Ишемическая болезнь сердца
41. При вторичном амилоидозе чаще поражаются:
А. Селезенка, почки, печень
Б. Головной мозг
В. Надпочечники, вилочковая железа
Г. Сердце, легкие
Д. Поджелудочная железа, предстательная железа, гипофиз
42. Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:
А. Инфильтрация
Б. Декомпозиция
В. Трансформация
Г. Извращенный синтез
43. Жировая дистрофия миокарда развивается, в основном, по типу:
А. Инфильтрации
Б. Декомпозиции
В. Извращенного синтеза
Г. Все перечисленное верно
44. Жировая дистрофия чаще встречается в:
А. Щитовидной железе
Б. Поджелудочной железе
В. Скелетной мускулатуре
Г. Печени
Д. Головном мозге
45. Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:
А. Ревматизме
Б. Сифилисе
В. Туберкулезе
Г. Атеросклерозе
Д. Дифтерии
46. Распространенный меланоз развивается при:
А. Альбинизме
Б. Аддисоновой болезни
В. Меланоме
Г. Невусе
Д. Гломерулопатии
47. При бурой атрофии цвет органа зависит от накопления:

А. Гемосидерина
Б. Гемофусцина
В. Липофусцина
Г. Свободного железа
Д. Белков
48. Липидогенный пигмент — это:
А. Билирубин
Б. Меланин
В. Гемомелаиин
Г. Порфирин
Д. Цероид
49. Дистрофическому обызвествлению предшествует:
А. Гемосидероз
Б. Некроз
В. Ожирение
Г. Меланоз
Д. Воспаление
50. Гиповитаминоз Д сопровождается;
А. Гиперостозом
Б. Остеопорозом
В. Остеодисплазией
Г. Все перечисленное верно
51. Развитие известковых метастазов невозможно в:
А. Стенке желудка
Б. Печени
В. Легких
Г. Стенке сосудов
Д. Миокарде
52. Окраска тканей по Коссу выявляет отложения:
А. Кальция
Б. Муцина
В. Анизотропных жиров
Г. Нейтральных жиров
53. Из перечисленных клеток серотонин выделяют:
А. Лимфоциты
Б. Макрофаги
В. Плазмоциты
Г. В-клетки щитовидной железы
Д. Нейтрофилы
54. Дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) содержится в:
А. Нуклеолах
Б. Хромосомах
В. Рибосомах
Г. Цитоплазме
Д. Оболочке ядра
55. Красители метил-фиолетовый и конго-красный применяют
А. Рибонуклеиновой кислоты
Б. Амилоида
В. Жира
Г. Фосфолипидов
56. Для окраски бактерий в гистологических срезах применяют все указан-ные методы, кроме:
А. Перлса

Б. Грама
В. Циль - Нельсена
Г. Романовского-Гимза
Д. Леффлера
57. Коллагеновые волокна в срезах окрашивают:
А. Орсеином
Б. Метиленовым синим
В. Альциановым синим
Г. Фуксином
Д. Серебром
58. Эластически волокна окрашивают:
А. Эозином
Б. Орсеином
В. Альциановым синим
Г. Фуксином
Д. Все перечисленное верно
59. Наиболее частая причина смерти больных вторичным амилоидозом:
А. Инсульт
Б. Уремия
В. Анемия
Г. Инфаркт
60. Для макроскопической картины сердца при жировой дистрофии мио-карда характерны все перечисленные признаки, кроме:
А. Увеличения размеров
Б. Плотной консистенции
В. Глинистого вида на разрезе
Г. Расширения полостей сердца
Д. Пестрого вида миокарда под эндокардом желудочков
61. Локальные или системные отложения амилоида могут быть при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:
А. Болезнь Альцгеймера
Б. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы
В. Медуллярная карцинома щитовидной железы
Г. Миеломная болезнь
Д. Ревматоидный артрит
62. На вскрытии обнаружена картина диффузного остеопороза с очагами деструкции костной ткани. В костном мозге имеется пролиферация атипических плазматических клеток. В почках — скопления амилоидных масс в строме пирамид, в клубочках, в просвете канальцев — белковые цилиндры. Речь идет о:
А. Миелолейкозе
Б. Миеломной болезни
В. Макроглобулинемии
Г. Эритремии
Д. Лимфолейкозе
63. Какие из перечисленных признаков характерны для АА-амилоидоза?
А. Связь с хроническим воспалением
Б. Преимущественно поражаются сердце, мышцы, язык, кожа
В. Часто сочетается с миеломной болезнью
Г. Характерен для средиземноморской лихорадки (периодической болезни
Д. Ценной для диагностики является биопсия прямой кишки
64. Для плазматической клетки неверно...
А. Присутствует в рыхлой соединительной ткани
Б. Содержит хорошо развитую гранулярную эндоплазматическую сеть

В. Дифференцируется из активированного в-лимфоцита

Г. Одна плазматическая клетка синтезирует at против нескольких антигенных детерминант

Д. Обязательно присутствие комплекса Гольджи

65. Исключите неверное понятие для макрофагов…

А. Происходят из моноцитов

Б. Относятся к системе мононуклеарных фагоцитов

В. Цитолемма имеет рецепторы к ig

Г. В цитоплазме много фагосом и лизосом

Д. Способны переносить кислород к тканям

66. Дегрануляция тучных клеток наступает после...

А. Проникновения ige в клетку

Б. Взаимодействия аг с рецепторами для ige цитолеммы

В. Взаимодействия аг с молекулами ige, связанными с цитолеммой

Г. Взаимодействия молекул ige с цитолеммой

Д. Проникновения комплекса аг-ige в клетку

67. Репаративная регенерация сухожилия происходит путѐм...

А. Синтеза фибробластами макромолекул межклеточного вещества и формирования плотной неоформленной соединительной ткани

Б. Синтеза хрящевыми клетками макромолекул межклеточного вещества и образования волокнистого хряща

В. Синтеза фибробластами эластина и формирования эластических волокон

Г. Синтеза фибробластами макромолекул межклеточного вещества и формирования параллельных пучков коллагеновых волокон

Д. Замещения разрыва мышечной тканью

68. Понятиям о коллагеновых волокнах не соответствуют утверждения...

А. Белок состоит из трех про-□-цепей

Б. Наиболее распространы 5 типов коллагена

В. Синтезируются фибробластами

Г. Обеспечивают механическую прочность тканей

Д. Хорошо растяжимы

69. Понятиям об эластических волокнах не соответствуют утверждения...

А. Присутствуют в коже, легких, кровеносных сосудах, желтой связке

Б. Хорошо растяжимы

В. Образуют сеть в органах гемопоэза

Г. Основной белок-эластин

Д. Обеспечивают способность тканей к обратимой деформации

70. Назовите отличия плотной соединительной ткани от рыхлой соединительной ткани...

А. Определѐнная направленность редких волокон в тканевом матриксе

Б. Большое количество макрофагов

В. Относительно большое содержание основного аморфного вещества

Г. Меньшая интенсивность синтеза гликозаминогликанов в тучных клетках

Д. Большое количество плотно расположенных волокон и незначительное количество клеток и аморфного вещества

71. Какой тип межклеточных контактов обеспечивает переход ионов и низкомолекулярных веществ из клетки в клетку?

А. Плотный

Б. Десмосома

В. Промежуточный

Г. Щелевой

Д. Простой

72. Гистамин способны секретировать следующие клетки...

А. Эозинофилы
Б. Базофилы
В. Моноциты
Г. Тучные клетки
Д. Нейтрофилы
73. Фагоцитами можно назвать следующие клетки...
А. Нейтрофилы
Б. Т-лимфоциты киллеры
В. Макрофаги
Г. Базофилы
Д. Тучные клетки
74. К системе мононуклеарных фагоцитов не относят...
А. Макрофаги
Б. Микроглию
В. Остеокласты
Г. Клетки Купфера
Д. Плазмоциты
75. Для бурой жировой ткани неверны утверждения...
А. В цитоплазме клеток много митохондрий
Б. Клетки оплетены гемокапиллярами
В. Присутствует у новорождѐнных
Г. Цвет ткани определяет гемоглобин f
Д. Количество с возрастом возрастает
76. Процесс дегрануляции тучных клеток. Исключите неверное…
А. Представляет собой вид экзоцитоза
Б. Ведет к гидратации ткани
В. Наступает после взаимодействия аг с молекулами ige, связанными с цито-леммой
Г. Сопровождается выбросом гистамина
Д. Наступает после проникновения комплекса аг-ige в клетку
77. Плотная оформленная соединительная ткань не содержит...
А. Многочисленных волокон во внеклеточном матриксе
Б. Многочисленных и различных типов клеток
В. Большого количества коллагеновых волокон
Г. Фиброцитов
Д. Основного аморфного вещества
78. Понятиям о базальной мембране не соответствуют утверждения...
А. Содержит коллаген
Б. Окружает нервные клетки
В. Двухслойная
Г. Имеет контакты с клетками в виде полудесмосом
Д. Отделяет эпителий от других тканей
79. Укажите клетки, не являющиеся резидентами соединительных тка-ней...
А. Фибробласты
Б. Фиброциты
В. Лейкоциты
Г. Адипоциты
Д. Макрофаги
80. Укажите соединительные ткани, не являющиеся тканями со специаль-ными свойствами...
А. Эмбриональная соединительная ткань
Б. Белая жировая ткань
В. Рыхлая соединительная ткань

Г. Плотная оформленная соединительная ткань
Д. ретикулярная ткань
81. К системе мононуклеарных фагоцитов не относят...
А. Перитонеальные макрофаги
Б. Гигантские клетки инородных тел
В. Альвеолярные макрофаги
Г. Тканевые базофилы
Д. Остеокласты
82. Выберите утверждения, не характерные для фибробласта...
А. Развитый секреторный аппарат и митохондрии
Б. Синтез молекул внеклеточного матрикса
В. Способность к пролиферации
Г. Содержат коллагеназу, расщепляющую коллаген
Д. Окончательно дифференцированные клетки
83. Клетки – мигранты соединительных тканей. Исключите неверные утверждения...
А. Нейтрофилы
Б. Хондроциты
В. Моноциты
Г. Постоянно находятся в ткани
Д. Постоянно циркулируют между кровью и тканями, осуществляют иммунологический контроль соединительной ткани
84. Какие клетки соединительной ткани вырабатывают антитела?
А. Фибробласты
Б. Макрофаги
В. Плазмоциты
Г. Тучные клетки
Д. Адвентициальные клетки
85. В функции соединительной ткани не входит...
А. Трофическая
Б. Гуморальной регуляции
В. Стромальная
Г. Пластическая
Д. Защитная
86. Какие клетки в норме отсутствуют в соединительной ткани…
А. Базофилы
Б. Эозинофилы
В. Нейтрофилы
Г. Лимфоциты
Д. Клетки Пирогова-Лангханса
87. Какие клетки не являются клетками-резидентами соединительной ткани?
А. Фибробласты
Б. Базофильные лейкоциты
В. Оседлые (фиксированные) макрофаги
Г. Перициты
Д. Адипоциты
88. Укажите функции макрофагов…
А. Синтез и секреция молекул внеклеточного матрикса
Б. Синтез нефибриллярньк белков
В. Синтез антител
Г. Участие в иммунных реакциях
Д. Синтез гистамина соединительной ткани
89. Укажите функции тучных клеток...
А. Синтез и секреция молекул внеклеточного матрикса

Б. Синтез нефибриллярных белков
В. Синтез гистамина
Г. Участие в иммунных реакциях
Д. Синтез антител
90. Укажите функции плазмоцитов…
А. Синтез и секреция молекул внеклеточного матрикса
Б. Синтез нефибриллярных белков
В. Синтез гистамина
Г. Синтез антител
Д. Синтез гепарина
91. Укажите функции фибробластов...
А. Синтез и секреция молекул внеклеточного матрикса
Б. Участие в иммунных реакциях
В. Синтез антител
Г. Синтез гепарина
Д. Синтез гистамина
92. Что не характерно для плазматической клетки соединительной тка-ни…
А. Наличие комплекса гольджи
Б. Развитая гранулярная эндоплазматическая сеть
В. Синтез антител
Г. Дифференцируется из в-лимфоцитов
Д. Дифференцируется из т-лимфоцитов
93. Синтез и секрецию основных компонентов аморфного вещества соеди-нительной ткани осуществляют
А. фибробласты
Б. макрофаги
В. плазмоциты
Г. адипоциты
Д. лимфоциты
94. Какие клетки секретируют белки коллагеновых волокон соединитель-ной ткани?
А. макрофаги
Б. тучные клетки
В. плазмоциты
Г. адипоциты
Д. фибробласты
95. Процесс сборки коллагеновых волокон. Исключите неверное...
А. Молекула проколлагена собирается в комплексе гольджи
Б. L-полипептид синтезируется на гранулярной эндоплазматической сети
В. Фибробласт секретирует протофибриллы
Г. Протофибрилла собирается в межклеточном веществе
Д. Молекула проколлагена построена из 3-х полипептидных l-цепей
96. Основное вещество соединительной ткани не включает в себя...
А. Гликозаминогликаны
Б. Протеогликаны
В. Коллаген
Г. Гликопротеины
Д. Гиалуроновая кислота
97. Что не входит в состав основного вещества соединительной ткани?
А. Гликозаминогликаны
Б. Протеогликаны
В. Гликопротеины
Г. Эластин
Д. Гиалуроновая кислота

98. Назовите клетки, которые могут синтезировать белки коллагеновых волокон...
А. Гладкие миоциты
Б. Макрофаги
В. Тучные клетки
Г. Плазмоциты
Д. Адипоциты
99. Назовите клетки, которые могут синтезировать белки эластических волокон...
А. Макрофаги
Б. Гладкие миоциты
В. Тучные клетки
Г. Плазмоциты
Д. Адипоциты
100. Назовите клетки соединительной ткани, синтезирующие белки кол-лагеновых волокон...
А. Макрофаги
Б. Тучные клетки
В. Фибробласты
Г. Плазмоциты
Д. Адипоциты
101. Назовите клетки соединительной ткани, синтезирующие белки эла-стических волокон...
А. макрофаги
Б. фибробласты
В. тучные клетки
Г. плазмоциты
Д. адипоциты
102. Строение сухожилия. Исключите неверные утверждения
А. эндотеноний разграничивает пучки 2-го порядка
Б. фиброциты разделяют пучки 1-го порядка
В. пучки 3-го порядка отделены друг от друга перитенонием
Г. пучки 1-го порядка отделены друг от друга эндотенонием
Д. перитеноний покрывает пучки 4-го порядка
103. Укажите характерное для соединительных тканей...
А. однообразие клеточных типов
Б. компактное расположение клеток
В. обилие межклеточного вещества
Г. большое количество чувствительных нервных окончаний
Д. высокая чувствительность к недостатку кислорода
104. Укажите характерное для рыхлой волокнистой соединительной тка-ни...
А. Разнообразие клеточных типов
Б. Компактное расположение клеток
В. Незначительное количество клеточных типов
Г. Обилие чувствительных нервных окончаний
Д. Высокая чувствительность к недостатку кислорода
105. Укажите отличия плотной соединительной ткани от рыхлой...
А. Рыхлое расположение коллагеновых волокон
Б. Большое разнообразие клеточных типов
В. Относительно большое содержание аморфного вещества
Г. Преобладание волокнистого компонента межклеточного вещества над аморфным
Д. Большое количеством макрофагов
106. Укажите отличия рыхлой соединительной ткани от плотной...
А. Однообразие клеточного состава
Б. Объединение коллагеновых волокон в пучки

В. Преобладание аморфного вещества над волокнистым
Г. Преобладание волокнистого компонента межклеточного вещества над аморфным
Д. Большое количеством фиброцитов
107. Укажите локализацию плотной соединительной ткани...
А. Строма паренхиматозных органов
Б. Строма кроветворных органов
В. Сухожилия
Г. Трабекулы паренхиматозных органов
Д. Сопровождает кровеносные сосуды
108. Клеточный состав ретикулярной ткани...
А. Тканевые базофилы
Б. Фибробластоподобные клетки
В. Плазмоциты
Г. Адипоциты
Д. Адвентициальные клетки
109. Назовите особенности жировой ткани...
А. Однообразие клеточных типов
Б. Много аморфного вещества
В. Много коллагеновых волокон
Г. Обилие нервных окончании
Д. Большое количество кровеносных сосудов
110. Что не входит в функции макрофагов?
А. Неспецифический и специфический (обусловленный наличием рецепторов. Фагоцитоз
Б. Синтез компонентов межклеточного вещества
В. Бактерицидная и противоопухолевая активность
Г. Участие в иммунных реакциях в виде аг-представляющей клетки
Д. Регуляция гемопоэза и функций клеток крови
111. Для рыхлой волокнистой соединительной ткани не характерны сле-дующие способы регенерации...
А. Внутриклеточная
Б. Клеточная
В. Органная
Г. Репаративная
Д. Физиологическая
112. Реорганизация тканей и заживление ран. Исключите неверные утверждения...
А. Макрофаги фагоцитируют мертвые клетки и тканевые обломки
Б. Факторы роста секретируются макрофагами
В. Факторы роста не влияют на пролиферацию и активацию фибробластов
Г. Внеклеточный матрикс вырабатывается активированными фибробластами
Д. Макрофаги секретируют вещества, разрушающие внеклеточный матрикс
113. К содержимому гранул базофилов и тучных клеток не относятся...
А. Гистамин
Б. Гепарин
В. Фактор роста эпителиальных клеток
Г. Протеазы (триптаза, эластаза, депептидаза.
Д. Хемоаттрактанты (например, фактор хемотаксиса эозинофилов и др.)
114. Выберите правильные ассоциации
А. Ревматоидный артрит — АА-амилоид
Б. Миеломная болезнь — AL-амилоид
В. Средиземноморская лихорадка — АА-амилоид
Г. Медуллярная карцинома щитовидной железы — АА-амилоид
Д. Старческий амилоидоз — ASC1

115. У женщины, страдающей ожирением, были жалобы на чувство тяже-сти в правом подреберье, горечь во рту. В дальнейшем присоединились признаки сердечной недостаточности. Какие изменения в органах возник-ли у больной?

А. Жировая дистрофия печени

Б. Бурая атрофия печени

В. Ожирение сердца

Г. Бурая атрофия миокарда

Д. «Тигровое сердце»

116. У африканского ребенка, получающего бедную белками раститель-ную пищу, отмечен больших размеров живот за счет значительного увели-чения печени. Выберите положения, справедливые для данной ситуации.

А. В печени возникла жировая дистрофия

Б. В печени возникло алипотропное ожирение

В. Название болезни — квашиоркор

Г. Преимущественный механизм развития дистрофии — инфильтрация

Д. В печени возникла гидропическая дистрофия

117. Больной 55 лет страдал хронической ишемической болезнью сердца на фоне атеросклероза. Умер от хронической сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружено - «тигровое сердце». Выберите признаки, харак-терные для тигрового сердца

А. Размеры сердца уменьшены

Б. Камеры сердца растянуты

В. Значительное увеличение жировой клетчатки под эпикардом

Г. На разрезе миокард бурого цвета

Д. Под эндокардом на сосочковых мышцах видна желто-белая исчерченность

118. Какие микроскопические изменения можно обнаружить в сердце, ес-ли больной страдал хронической ишемической болезнью сердца на фоне атеросклероза. Умер от хронической сердечной недостаточности. На вскрытии обнаружено - «тигровое сердцем.

А. Поперечная исчерченность кардиомиоцитов отсутствует

Б. Неравномерное поражение кардиомиоцитов

В. Изменения ярче выражены вокруг венул

Г. Обнаружены мелкодисперсные капли жира в миокарде

Д. Обнаружены крупные капли жира в цитоплазме

119. Больной в течение многих лет страдал бронхоэктатической болез-нью. В финале развился нефротический синдром. Выберите утверждения, правильные для данной ситуации.

А. Нефротический синдром связан с развитием вторичного АА амилоидоза

Б. В эпителии канальцев главных отделов нефрона развилась гиалиново-капельная и гидропическая дистрофия

В. В канальцевом эпителии возникла жировая дистрофия

Г. Для верификации процесса в почке, необходима окраска, толуидиновым си-ним

Д. Нефротический синдром связан с первичным AL амилоидозом

120. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимуще-ственным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хро-нической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

А. Артериолосклеротический нефросклероз

Б. Первично-сморщенные почки

В. В артериолах почки и головного мозга — гиалиноз

Г. Изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза

Д. Клубочки почки гиалинизированы, некоторые из них гипертрофированы

121. Саговая селезенка при амилоидозе, выберите характерные признаки:

А. Поражение характерно для AL-амилоидоза

Б. Селезенка значительно увеличена

В. Амилоид в белой пульпе

Г. Амилоид в красной пульпе

Д. Амилоид откладывается по ходу ретикулярных волокон

122. Сальная селезенка при амилоидозе, выберите характерные призна-ки:

А. Поражение характерно для AL-амилоидоза

Б. Селезенка значительно увеличена

В. Амилоид в белой пульпе

Г. Амилоид в красной пульпе

Д. Амилоид откладывается по ходу ретикулярных волокон

123. На вскрытии обнаружено: сердце увеличено, створки митрального клапана утолщены, непрозрачны, белесоватого цвета, сращены. Левое ат-риовентрикулярное отверстие сужено, хорды утолщены и укорочены. Вы-берите положения, верные для данной ситуации:

А. Морфологическая картина соответствует ревматическому митральному по-року сердца

Б. В створках клапанов развился стромально-сосудистый диспротеиноз

В. В створках клапанов развился гиалиноз

Г. Изменения в створках клапанов возникли в исходе мукоидного и фибрино-идного набухания

Д. В створках клапанов — изолированный амилоидоз

124. У больного, страдающего ревматоидным артритом, появилась нарас-тающая протеинурия. При исследовании пунктата почки по ходу базаль-ных мембран капилляров клубочков и канальцев обнаружены отложения гомогенных эозинофильных масс. Какие изменения вероятнее всего, будут обнаружены при применении дополнительных методов исследования?

А. При окраске конго-красным обнаружено кирпично-красное окрашивание по ходу базальных мембран капилляров клубочка и канальцев

Б. При окраске конго-красным — кирпично-красное окрашивание канальцевого эпителия

В. При окраске Суданом оранжевое окрашивание эпителия канальцев

Г. При просмотре окрашенных конго-красным препаратов в поляризационном микроскопе выявлен дихроизм (двухцветность: красные и желто-зеленые участки

Д. При электронно-микроскопическом исследовании утолщение базальных мембран гломерулярного фильтра за счет фибриллярных масс

125. У тучной больной 70 лет, страдавшей сахарным диабетом и погибшей от ишемического инфаркта головного мозга, на вскрытии обнаружена большая дряблая желтая печень. Микроскопически в островках поджелу-дочной железы — гомогенные розовые массы. Выберите положения, вер-ные для данной ситуации:

А. Макроскопический вид печени характерен для амилоидоза

Б. Макроскопический вид печени характерен для жировой дистрофии

В. В островках поджелудочной железы может быть обнаружен амилоид

Г. Для верификации процесса в поджелудочной железе необходима окраска конго-красным

Д. В артериолах и мелких артериях многих органов выявлен гиалиноз

126. Все перечисленные ниже признаки характерны для большой дряблой желтой печени, обнаруженной на вскрытии у больной страдавшей сахар-ным диабетом, за исключением:

А. В гепатоцитах периферических отделов долек крупнокапельное ожирение

Б. В гепатоцитах центральных отделов долек — мелкие капли жира

В. Механизм развития процесса в печени — инфильтрация

Г. По ходу синусоидов в печеночных дольках обнаружены конго-положительные массы

Д. На периферии дольки выявляются многочисленные перстневидные клетки

127. Больной страдал хроническим миелоидным лейкозом с выраженной анемией (НЬ 5 г %). Тоны сердца приглушены, границы сердца расшире-ны влево. Выражены признаки сердечной недостаточности. Смерть от пневмонии. Выберите положения, справедливые для данной ситуации:

А. В сердце — ожирение

Б. В сердце — паренхиматозная жировая дистрофия

В. Механизм развития дистрофии миокарда — декомпозиция

Г. Название сердца по макроскопическому виду — «тигровое»

Д. В сердце выявлен AL-амилоид

128. Для мукоидного набухания характерно:

А. Развивается в клетках паренхиматозных органов

Б. Развивается в строме органов, стенках сосудов

В. Часто возникает при ревматических болезнях

Г. Обратимый процесс

Д. При окраске толуидиновым синим характерна метахромазия (сиреневое окрашивание

Е. Распространенный характер носит при гипертонической болезни и сахарном диабете

129. Для фибриноидного набухания характерно:

А. Развивается в клетках паренхиматозных органов

Б. Развивается в строме органов, стенках сосудов

В. Часто возникает при ревматических болезнях

Г. Обратимый процесс

Д. При окраске толуидиновым синим характерна метахромазия (сиреневое окрашивание

Е. Распространенный характер носит при гипертонической болезни и сахарном диабете

130. Для гиалиноза характерно:

А. Развивается в клетках паренхиматозных органов

Б. Развивается в строме органов, стенках сосудов

В. Часто возникает при ревматических болезнях

Г. Обратимый процесс

Д. При окраске толуидиновым синим характерна метахромазия (сиреневое окрашивание

Е. Распространенный характер носит при гипертонической болезни и сахарном диабете

131. Для ожирения сердца выберите характерные признаки

А. Стромально-сосудистый липидоз

Б. Значительно увеличивается количество жира в жировой клетчатке под эпи-кардом

В. Сердце имеет «тигровый вид»

Г. Возможное осложнение — разрыв правого желудочка

Д. Характерное проявление — сердечная недостаточность

Е. Наиболее частая причина развития — гипоксия

132. Для жировой дистрофии миокарда выберите характерные признаки

А. Стромально-сосудистый липидоз

Б. Значительно увеличивается количество жира в жировой клетчатке под эпи-кардом

В. Сердце имеет «тигровый вид»

Г. Возможное осложнение — разрыв правого желудочка

Д. Характерное проявление — сердечная недостаточность

Е. Наиболее частая причина развития — гипоксия

133. Дайте характеристику гидропической дистрофии печени

А. Характерна для алкогольных поражений печени

Б. Объем гепатоцитов увеличен, в цитоплазме — вакуоли

В. Цистерны цитоплазматической сети уменьшены

Г. Состояние белково-синтетической функции печени повышено

Д. Синоним выраженной гидропической дистрофии — фокальный колликваци-онный некроз клетки

134. Мужчина, длительное время болевший туберкулезом легких, умер от хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены боль-шие белые (сальные) почки с бугристой поверхностью. Определите про-цесс в почках.

А. Артериолосклеротический нефросклероз

Б. Амилоидоз почек

В. Гломерулонефрит

Г. Некротический нефроз

Д. Первично-сморщенная почка

135. Для старческого амилоидоза выберите характерные особенности.

А. Местный характер процесса

Б. Генерализованный характер процесса

В. Наиболее типичен кардиопатический вариант

Г. Является APUD-амилоидом

Д. Может быть конго-отрицательным

Е. Обладает предрасположенностью определенных этнических групп

136. Для первичного (идиопатического) амилоидоза выберите характер-ные особенности.

А. Местный характер процесса

Б. Генерализованный характер процесса

В. Наиболее типичен кардиопатический вариант

Г. Является APUD-амилоидом

Д. Может быть конго-отрицательным

Е. Обладает предрасположенностью определенных этнических групп

137. Белковая дистрофия является результатом:

А. Уменьшения количества жидкости в цитоплазме

Б. Повреждения лизосом

В. Сморщивания митохондрий

Г. Увеличения количества внутриклеточных липидов

Д. Инфильтрации белка в цитоплазму

138. Мукоидное набухание соединительной ткани является состоянием:

А. Обратимым

Б. Необратимым

В. Транзиторным

Г. Все перечисленное верно

139. Амилоидные тельца чаще встречаются в:

А. Простате

Б. Легких

В. Головном мозге

Г. Почках

Д. Печени

140. Гиалиноз встречается в исходе:

А. Жировой дистрофии органа

Б. Колликвационного некроза

В. Мукоидного и фибриноидного набухания

Г. Лейкоцитарной инфильтрации стромы

Д. Вакуольной дистрофии

141. Из группы пигментов выберите пигменты, образующиеся в норме.

А. Билирубин

Б. Ферритин

В. Гемосидерин
Г. Гематоидин
142. Из группы пигментов выберите пигменты, содержащие железо
А. Билирубин
Б. Ферритин
В. Гемосидерин
Г. Гематоидин
Д. Порфирины
143. Из группы пигментов выберите пигменты, выявляемые в тканях с помощью реакции Перлса.
А. Билирубин
Б. Ферритин
В. Гемосидерин
Г. Гематоидин
Д. Порфирины
144. Общий гемосидероз. Выберите характерные признаки.
А. Развивается при внутрисосудистом гемолизе
Б. Связан с накоплением гемосидерина
В. Развивается при внесосудистом гемолизе
Г. Часто сопровождается желтухой
Д. Чаще всего поражаются печень, селезенка, костный мозг
Е. Часто поражаются легкие
145. Местный гемосидероз. Выберите характерные признаки.
А. Развивается при внутрисосудистом гемолизе
Б. Связан с накоплением гемосидерина
В. Развивается при внесосудистом гемолизе
Г. Часто сопровождается желтухой
Д. Чаще всего поражаются печень, селезенка, костный мозг
Е. Часто поражаются легкие
146. Какие из перечисленных проявлений наиболее характерны для пер-вичного гемохроматоза
А. Избирательное накопление меди в звездчатых ретикулоэндотелиоцитах, приводящее к циррозу
Б. Избирательное накопление меди в гепатоцитах, приводящее к циррозу
В. Кольца Кайзера—Флейшера
Г. Уменьшение процента насыщения плазменного трансферрина
Д. Увеличение риска развития цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака
147. Выберите признаки, характерные для общего гемосидероза
А. Гемосидерин накапливается преимущественно в печени, селезенке, костном мозге
Б. Гемосидерин накапливается преимущественно в печени, поджелудочной же-лезе, миокарде
В. Часто сопровождается сахарным диабетом
Г. Наиболее частая причина смерти — печеночная недостаточность
Д. Часто возникает при пороках сердца
148. Конъюгированная гипербилирубинемия, положительные тесты на билирубин в моче и полное отсутствие уробилиногена в моче и каловых массах характерны для следующих заболеваний:
А. Рак головки поджелудочной железы
Б. Абсцесс печени
В. Тромбофлебит печеночных вен
Г. Вирусный гепатит А
Д. Наследственный сфероцитоз
149. Укажите морфологические признаки, которые могут быть обнаруже-ны в

биоптате печени при обструкции желчных путей.

А. Расширение желчных капилляров, переполнение их желчью

Б. Коричнево-зеленый пигмент в гепатоцитах, в звездчатых ретикулоэндоте-лиоцитах

В. Отсутствие желчи в гепатоцитах и желчных капиллярах

Г. Отек и рыхлая, преимущественно лейкоцитарная, инфильтрация портальной стромы, постепенно нарастающий перидуктальный склероз

Д. Очаговые некрозы гепатоцитов

150. У больного раком легкого с множественными гематогенными мета-стазами появились темно-коричневое окрашивание кожи, адинамия, гипо-тония. Смерть наступила от кахексии. Выберите положения, наиболее ве-роятные в данной ситуации.

А. Появившиеся симптомы можно объяснить метастазами в печень

Б. Темно-коричневая окраска кожи связана с меланином

В. В сердце обнаружена бурая атрофия

Г. Бурая окраска сердца обусловлена меланином

Д. В легких обнаружена бурая индурация

151. Все положения верны в отношении бурой атрофии сердца, за исклю-чением:

А. Процесс развивается в старческом возрасте

Б. Процесс связан с накоплением липофусцина

В. Содружественно поражается печень

Г. Содружественно поражаются легкие

Д. Процесс часто развивается при злокачественных опухолях

152. На вскрытии в веществе головного мозга обнаружена киста с ржа-выми стенками. С каким пигментом связан цвет кисты?

А. Билирубин

Б. Порфирин

В. Меланин

Г. Гемосидерин

Д. Солянокислый гематин

153. Больной, страдавший малярией, умер при явлениях малярийной ко-мы. На вскрытии обнаружены желтушность кожных покровов, серо-аспидный цвет головного мозга, бурый оттенок ткани печени, селезенки. Все положения верны в отношении данной ситуации, за исключением:

А. Желтушность кожных покровов связана с билирубином

Б. Желтуху можно отнести к неконъюгированной

В. Цвет головного мозга обусловлен пигментом гемомеланином

Г. Цвет селезенки, печени обусловлен накоплением липофусцина

Д. Все образующиеся при малярии пигменты можно отнести к гемоглобино-генным

154. Больная 38 лет длительно страдала ревматическим пороком сердца (преобладание стеноза левого атриовентрикулярного отверстия). В течение последних месяцев — нарастающая одышка, кашель с ржавой мокротой. Смерть наступила внезапно от массивного желудочного кровотечения. На вскрытии в желудке — множественные эрозии и язвы. Выберите положе-ния, верные в данной ситуации

А. В легких обнаружена бурая индурация

Б. Цвет легких можно объяснить развитием местного гемосидероза

В. Идентифицировать пигмент в легких можно с помощью гистохимической реакции Перлса

Г. Дно эрозий и язв окрашено в зеленоватый цвет

Д. Цвет эрозий и язв связан с накоплением гемосидерина

155. Дайте характеристику гемосидероза легких.

А. Название по макроскопическому виду — бурая индурация

Б. Легкое повышенной воздушности

В. Клетки, содержащие пигмент, обнаруживаются в просветах альвеол и бронхов, в межальвеолярных перегородках

Г. Межальвеолярные перегородки истончены

Д. Гранулы гемосидерина при реакции Перлса окрашены в цвет берлинской лазури

Е. Межальвеолярные перегородки утолщены

156. Выберите правильные заключения.

А. При аддисоновой болезни развивается приобретенный распространенный гипермеланоз

Б. При пигментной ксеродерме развивается врожденный распространенный гипермеланоз

В. Альбинизм — врожденный распространенный гипомеланоз

Г. Пигментация кожи при гемохроматозе связана с поражением надпочечников

Д. Витилиго — это приобретенная очаговая гиперпигментация

157. Гемолитическая анемия. Выберите характерные для нее пигменты.

А. Гемосидерин

Б. Билирубин

В. Гемомеланин

Г. Липофусцин

Д. Солянокислый гематин

158. Кровоизлияние (в центре и на периферии) Выберите характерные для нее пигменты.

А. Гемосидерин

Б. Билирубин

В. Гемомеланин

Г. Липофусцин

Д. Ферритин

Е. Гематоидин

159. Малярийная кома. Выберите характерные для нее пигменты.

А. Гемосидерин

Б. Билирубин

В. Гемомеланин

Г. Липофусцин

Д. Солянокислый гематин

160. Острые эрозии и язвы желудка. Выберите характерные для нее пиг-менты.

А. Гемосидерин

Б. Билирубин

В. Гемомеланин

Г. Липофусцин

Д. Солянокислый гематин

Е. Гематоидин

161. У больного, страдавшего анемией, после повторных переливаний крови появилось желтушное окрашивание кожи и склер. В биоптате пече-ни обнаружены изменения, характерные для гемосидероза. Выберите по-ложения, верные для данной ситуации.

А. Гемосидероз печени — проявление общего сидероза

Б. Гемосидерин выявляется в гепатоцитах и звездчатых ретикулоэндотелиоци-тах

В. Частое проявление подпеченочной желтухи

Г. Для идентификации пигмента используется ДОФА-реакция

Д. Содружественно поражаются поджелудочная железа, миокард

162. Каждый из указанных процессов правильно сочетается с накоплени-ем определенных пигментов, за исключением:

А. Гемолитическая анемия — гемосидерин

Б. Гемолитическая анемия — билирубин

В. Идиопатический гемохроматоз — гемосидерин

Г. Лейкодерма — меланин

Д. Бурая атрофия миокарда, печени — липофусцин
163. Метилвиолет и красный конго используются для выявления:
А. Гликогена
Б. РНК
В. Амилоида
Г. Жира
Д. Меланина
164. Амилоидозом может осложниться:
А. Гипертоническая болезнь
Б. Атеросклероз
В. Цирроз печени
Г. Хронический абсцесс легких
Д. Ишемическая болезнь сердца
165. При вторичном амилоидозе чаще поражаются:
А. Селезенка, почки, печень
Б. Головной мозг
В. Надпочечники, вилочковая железа
Г. Сердце, легкие
166. Демонстративнее всего слизь окрашивается по:
А. Стидмену (альциановым синим)
Б. Ван-Гизон
В. Нисслю
Г. Доппа:
Д. Массону
167. Жировую дистрофию миокарда характеризуют:
А. Ожирение стромы миокарда
Б. Ожирение субэпикардиальной клетчатки
В. Появление жира в цитоплазме кардиомиоцитов
Г. Все перечисленное верно
Д. Верно А и В
168. Характерный механизм жировой дистрофии гепатоцитов периферии долек:
А. Инфильтрация
Б. Декомпозиция
В .Трансформация
Г. Извращенный синтез
169. При жировой дистрофии количество цитоплазматического жира мо-жет:
А. Уменьшаться
Б. Увеличиваться
В. Оставаться неизменным
Г. Верно А и Б
170. Жировая дистрофия миокарда развивается, в основном, по типу:
А. Инфильтрации
Б. Декомпозиции
В. Извращенного синтеза
Г. Все перечисленное верно
171. Жировая дистрофия при тканевой гипоксии является следствием:
А. Применения лечебных препаратов
Б. Избыточного переливания белковых препаратов
В. Отравления сулемой
Г. Все перечисленное верно
172. Жировая дистрофия чаще встречается в:
А. Щитовидной железе
Б. Поджелудочной железе

В. Скелетной мускулатуре
Г. Печени
Д. Головном мозге
173. Для "тигрового" сердца характерна дистрофия:
А. Белковая
Б. Гиалиново-капельная
В. Гидропическая
Г. Жировая
Д. Углеводная
174. Жировая дистрофия миокарда чаще возникает при:
А. Ревматизме
Б. Сифилисе
В. Туберкулезе
Г. Атеросклерозе
Д. Дифтерии
175. Распространенный меланоз развивается при:
А. Альбинизме
Б. Аддисоновой болезни
В. Меланоме
Г. Невусе
Д. Гломерулопатии
176. К развитию распространенного гемосидероза приводит:
А. Васкулит
Б. Некроз стенки сосудов
В. Внутрисосудистый гемолиз
Г. Образование гематомы
Д. Разрыв аневризмы аорты
177. При бурой атрофии цвет органа зависит от накопления:
А. Гемосидерина
Б. Гемофусцина
В. Липофусцина
Г. Свободного железа
Д. Белков
178. Липидогенный пигмент — это:
А. Билирубин
Б. Меланин
В. Гемомеланин
Г. Порфирин
Д. Цероид
179. Заболеванием, в основе которого лежит нарушение обмена меди, яв-ляется:
А. Гемохроматоз
Б. Болезнь Гоше
В. Болезнь Коновалова-Вильсона
Г. Меланоз
Д. Болезнь Гирке
180. Вид обызвествления:
А. Некротический
Б. Дистрофический
В. Атрофический
Г. Гипертрофический
Д. Пролиферативный
181. Дистрофическому обызвествлению предшествует:
А. Гемосидероз

Б. Некроз
В. Ожирение
Г. Меланоз
Д. Воспаление
182. Гиповитаминоз Д сопровождается:
А. Гиперостозом
Б. Остеопорозом
В. Остеодисплазией
Г. Все перечисленное верно
183. Кальций выводится через слизистую оболочку
А. Желудка
Б. Тонкой кишки
В. Толстой кишки
Г. Все перечисленное верно
184. Аденома паращитовидных желез сопровождается:
А. Гипокальциемией
Б. Гиперкальциемией
В. Гипернатриемией
Г. Гипонатриемией
185. К гиперкальциемии ведут все перечисленные заболевания и состоя-ния, кроме:
А. Аденомы паращитовидных желез
Б. Гипофункции паращитовидных желез
В. Некротического колита
Г. Гипервитаминоза Д
186. Микроскопическое исследование створок митрального клапана больного, погибшего в результате обострения ревматизма, показало, что в них имеются участки гомогенизации коллагеновых волокон, обладающие повышенной эозинофилией и дающие положительную реакцию на фибрин. Метахромазия при окраске толуидиновым синим не выражена. На основа-нии перечисленного в клапане имеет место:
А. Дистрофическое обызвествление
Б. Ослизнение
В. Ожирение
Г. Фибриноидное набухание
Д. Мукоидное набухание
187. При микроскопическом исследовании створок митрального клапана, иссеченного при операции протезирования у больного ревматическим митральным пороком сердца, оказалось, что ткань обладает выраженной базофилией. При окраске толуидиновым синим, она красится в сиренево-красный цвет. Этот процесс может быть охарактеризован как:
А. Амилоидоз
Б. Гиалиноз
В. Фибриноидное набухание
Г. Мукоидное набухание
188. К гидропической дистрофии приводят:
А. Гипопротеинемия
Б. Нарушение водно-электролитного баланса
В. Нарушение обмена нуклеопротеидов
189. Из перечисленных признаков первичный амилоидоз характеризуют:
А. Преимущественное периретикулярное отложение амилоида
Б. Преимущественно периколлагеновое отложение амилоида
В. Более частое поражение соединительной ткани
190. Бурый цвет органов при атрофии зависит от отложения:
А. Гемосидерина
Б. Гемофусцина

В. Липофусцина
Г. Свободного железа
Д. Гемомеланина
191. Для гемосидерина характерны все следующие специфические при-знаки, кроме:
А. Содержания железа
Б. Аморфного вида
В. Кристаллического строения
Г. Бурого цвета
Д. Образования через 24 часа
192. Для гематоидина характерны все перечисленные признаки, кроме:
А. Содержания железа
Б. Кристаллического строения
В. Оранжевого цвета
Г. Образования через 7 дней
193. У ребенка 12 месяцев обнаружено отставание роста, незаращение родничков, деформация грудной клетки, утолщение ребер на границе костной и хрящевой ткани. Это состояние характерно для нарушения об-мена:
А. Меди
Б. Фосфора
В. Кальция и фосфора
Г. Железа
194. Исходом влажного некроза может быть:
А. Петрификация
Б. Оссификация
В. Киста
Г. Рубцевание
Д. Инкапсуляция
195. Казеозный некроз встречается при:
А. Дистрофии
Б. Газовой гангрене
В. Инфарктах мозга
Г. Инфарктах миокарда
Д. Туберкулезе
196. Для инфаркта миокарда выберите характерные признаки.
А. Сосудистый некроз
Б. Может приводить к изъязвлению
В. В зависимости от причины может быть белым или красным
Г. Приводит к образованию кисты
Д. Имеет треугольную форму
197. Для инфаркта легкого выберите характерные признаки.
А. Сосудистый некроз
Б. Может приводить к изъязвлению
В. В зависимости от причины может быть белым или красным
Г. Приводит к образованию кисты
Д. Имеет треугольную форму
198. Для инфаркта головного мозга выберите характерные признаки.
А. Сосудистый некроз
Б. Может приводить к изъязвлению
В. В зависимости от причины может быть белым или красным
Г. Приводит к образованию кисты
Д. Имеет треугольную форму
199. Выберите положения, верные для инфаркта миокарда.
А. При макроскопическом исследовании на вскрытии диагностируется спустя 2 ч

после окклюзии коронарной артерии

Б. 3—5-Дневный инфаркт легко обнаруживается на вскрытии из-за своего свет-ло-серого вида и плотной консистенции

В. Типичные изменения микроскопически обнаруживаются через 8 ч и пред-

ставлены кариолизисом и кариорексисом

Г. Лейкоцитарная инфильтрация наиболее выражена на 2—4-е сутки после ок-клюзии коронарной артерии

Д. Перикардит чаще возникает при трансмуральном, чем при субэндокардиаль-ном и интрамуральном, инфаркте

200. Ферментативный некроз жира наблюдается при:

А. Жировой эмболии

Б. Остром геморрагическом некрозе поджелудочной железы

В. Туберкулезном перитоните

Г. Гангрене

Д. Все перечисленное верно

201. Все виды некроза охарактеризованы правильно, за исключением:

А. Коагуляционный некроз сопровождается уплотнением и обезвоживанием ткани

Б. Колликвационный некроз — ферментативное размягчение и расплавление ткани

В. Казеозный некроз — разновидность коагуляционного некроза, возникающая при туберкулезе

Г. Гангрена — некроз тканей, соприкасающихся с внешней средой, всегда черного цвета

Д. Секвестр — ишемический некроз

202. Больная 67 лет, длительно страдавшая атеросклерозом мезентери-альных сосудов, поступила в хирургическое отделение с симптомами острого живота. При лапаротомии петли тонкой кишки с выраженными некротическими изменениями. Выберите положения, справедливые для данной ситуации.

А. Процесс в кишке можно назвать влажной гангреной

Б. Процесс в кишке можно назвать пролежнем

В. Стенка кишки набухшая, багрово-черного цвета, на серозной оболочке — фибринозные наложения

Г. Наиболее вероятная причина развития некроза — тромбоз верхней мезенте-риальной артерии

Д. В развитии данной формы некроза наличие кишечной флоры роли не играет

Ситуационные (клинические) задачи

Задача 1

Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.

2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке.

3. Каковы варианты исхода перитонита.

Задача 2

Больному 43 лет произведена аппендэктомия. Выделение червеобразного отростка сопровождалось техническими трудностями в связи с обширным спаечным процессом в правой подвздошной области. Удаленный червеобразный отросток резко уменьшен в размерах, плотный, белесоватый.

1. Диагностируйте форму аппендицита.

2. Укажите причину спаечного процесса.

3. Перечислите другие формы хронического аппендицита.

Задача 3

При вскрытии трупа мужчины 46 лет, госпитализированного по поводу острого нарушения мозгового кровообращения и умершего от профузного желудочного кровотечения, в теле желудка были обнаружены множественные острые язвы. В просвете желудка – 1500 мл темно-буроватой жидкой крови.

1. Каковы морфологические отличия острой язвы от хронической?
2. Объясните механизм формирования острых язв.
3. Перечислите клинические проявления желудочного кровотечения.

Задача 4

У мужчины, длительно злоупотреблявшего алкоголем, появились боли в эпигастральной области, диспептические расстройства. При исследовании гастробиоптата диагностирован хронический диффузный активный атрофический гастрит с признаками энтеролизации.

1. Уточните признаки активности хронического атрофического гастрита.
2. Какие неблагоприятные морфологические изменения слизистой оболочки желудка при хроническом гастрите могут быть выявлены в биоптате при микроскопическом исследовании?
3. Какое заболевание желудка может развиться на фоне хронического гастрита?

Задача 5

Больному 35 лет произведена биопсия слизистой оболочки желудка при подозрении на злокачественную опухоль. При патогистологическом исследовании диагностирован хронический гастрит.

1. Назовите вид биопсии, произведенной больному.
2. Перечислите формы хронического гастрита по этиологии и патогенезу.
3. Укажите, какой патологический процесс относится к облигатным предраковым изменениям слизистой оболочки при хроническом гастрите.

Задача 6

При рентгенологическом обследовании больного 55 лет, поступившего с жалобами на боли в эпигастральной области, рвоту, потерю массы тела, диагностирована злокачественная эпителиальная опухоль в области малой кривизны желудка.

1. Дайте название опухоли.
2. Укажите возможные гистологические варианты опухоли.
3. Где могут быть обнаружены первые метастазы опухоли?

Задача 7

Больной 56 лет обратился по поводу кровянистых выделений из прямой кишки. При ректороманоскопии в верхней трети прямой кишки обнаружено кольцевидное опухолевидное образование, суживающее просвет до 0,5 см. Произведена биопсия опухоли. Диагностирован слизистый рак прямой кишки.

1. Укажите тип роста опухоли.
2. Какие опухолевые клетки могут быть обнаружены в биоптате опухоли?
3. Перечислите возможные вторичные изменения в опухолевой ткани.

Задача 8

Больной доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи с признаками массивного желудочного кровотечения.

1. Укажите, при каких заболеваниях может возникнуть желудочное кровотечение?
2. Какой диагностический признак свидетельствует именно о кровотечении из желудка?
3. Каков механизм желудочного кровотечения?

Задача 9

Мужчина 54 лет без определенного места жительства доставлен в хирургическое отделение с признаками желудочного кровотечения. При фиброгастроскопии обнаружены множественные продольные разрывы слизистой оболочки пищевода и кардиального отдела желудка длиной 2–4 см.

1. Как называется указанное деструктивное поражение желудка?
2. Объясните механизм возникновения разрывов слизистой оболочки.
3. Назовите возможные варианты исхода.

Задача 10

После медикаментозного и санаторно-курортного лечения у больного язвенной болезнью желудка достигнуто выздоровление.

1. Какой патологический процесс составляет сущность заживления хронической язвы желудка?
2. Какие осложнения могут развиться у больного при частых рецидивах хронической язвы?
3. Какие изменения развиваются в краях длительно не заживающей хронической язвы?

Задача 11

Больной 38 лет длительное время страдает хроническим алкоголизмом. При обследовании печень увеличена в размерах, плотная, бугристая. На передней брюшной стенке отмечается расширение венозных сосудов. Резко увеличена селезенка.

1. Диагностируйте основное заболевание.
2. Перечислите ведущие клинические синдромы заболевания.
3. Какие изменения могут быть обнаружены при микроскопическом исследовании селезенки?

Задача 12

Смерть больного 42 лет, страдавшего хроническим алкоголизмом, наступила от профузного желудочного кровотечения. На аутопсии выявлен мелкоузловой цирроз печени.

1. Опишите типичные микроскопические проявления цирроза.
2. Назовите механизм желудочного кровотечения.

Задача 13

У больного 62 лет, длительное время страдающего сахарным диабетом, при обследовании выявлено увеличение печени. При лабораторном обследовании в крови отмечено повышенное содержание печеночных ферментов, а также липопротеидов и триглицеридов.

1. Какое заболевание печени может быть диагностировано у больного?
2. Какие микроскопические изменения могут быть выявлены во II стадии этого заболевания?
3. Назовите возможный вариант исхода.

Задача 14

Больной 49 лет поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, желтуху. В анамнезе – злоупотребление алкоголем. Произведена биопсия печени, диагностирован алкогольный гепатит.

1. Какие виды биопсии используются в диагностике заболеваний печени?
2. Какие этиологические маркеры заболевания могут быть выявлены в биоптате?
3. Каков вероятный исход заболевания?

Задача 15

Женщина 32 лет поступила в стационар в крайне тяжелом состоянии. Родственники связывают заболевание с употреблением в пищу грибов. Диагностированы токсическая дистрофия печени, печеночная кома. Через 2 часа после поступления больная скончалась.

1. Опишите макроскопические изменения печени умершей.
2. Какой патологический процесс лежит в основе поражения печени?
3. Назовите смертельное осложнение, развившееся у больной.
4. Какие изменения печени характерны для больных, перенесших токсическую дистрофию печени, при благоприятном исходе?

Задача 16

У больного 14 лет обнаружен цирроз печени с клиническими признаками печеночной недостаточности. Высказано предположение о наследственном характере заболевания.

1. Назовите это заболевание?
2. Укажите биохимические проявления этой патологии.
3. Какие органы и ткани, кроме печени, поражаются при этом заболевании.

Задача 17

У мужчины 60 лет при хроническом алкоголизме выявлен алкогольный гепатоз.

1. Укажите вид дистрофии печени, характерный для этого заболевания.
2. Перечислите стадии заболевания, отражающие динамику патогистологических изменений.
3. Назовите характерный исход заболевания печени.

Задача 18

Больному 42 лет проведено диагностическое исследование, позволяющее определить макроскопические изменения печени. Установлен диагноз цирроза печени.

1. Какое обследование было проведено больному.
2. Перечислите макроскопические (морфогенетические) варианты цирроза печени.
3. Назовите вид желтухи при этом заболевании.

Задача 19

В ходе операции у больного с симптомами острого живота выявлен деструктивный холецистит с перфоративным отверстием в области дна желчного пузыря, просвет органа заполнен большим количеством желчных камней.

1. Перечислите возможные морфологические варианты деструктивного холецистита.
2. Назовите выявленные осложнения.
3. Объясните возможный механизм перфорации желчного пузыря?

Задача 10

Женщина 51 года на протяжении 8 лет страдает желчнокаменной болезнью. При обострении заболевания госпитализирована в хирургическое отделение, где ей произведена холецистэктомия.

1. Какое заболевание диагностировано при патогистологическом исследовании удаленного желчного пузыря.
2. Какие морфологические изменения, характеризующие давность процесса, могут быть выявлены в стенке желчного пузыря?
3. Укажите возможные осложнения данной патологии в отсутствии своевременного хирургического лечения.

Задача 21

В биоптате почки больного 13 лет с выраженными симптомами гломерулонефрита обнаружены признаки быстро прогрессирующего злокачественного заболевания.

1. Перечислите почечные симптомы гломерулонефрита

2. Дайте характеристику воспалительного процесса: а) по топографии поражения; б) по преобладающему компоненту воспаления; в) по участию клеточных элементов в воспалительной реакции.

3. Назовите патоморфологический вариант гломерулонефрита.

4. Каков типичный исход процесса при этом варианте нефропатии?

Задача 22

В биоптате почки больного 10 лет, страдавшего не выясненной до этого патологией, выявлен первичный нефротический синдром.

1. Назовите его вариант, типичный для детского возраста.

2. Опишите ультраструктурные проявления данной нефропатии.

3. Какова современная трактовка патогенеза заболевания?

4. К какой группе нефропатий относится эта патология?

Задача 23

Больной 43 лет страдал огнестрельным остеомиелитом. Неоднократно оперирован. В области пораженной конечности неоднократно возникали свищевые ходы с обильным гнойным отделяемым. В последнее время появились прогрессирующая слабость, отёки лица. Лабораторно выявлено повышение в плазме крови содержания азотистых соединений. Заподозрен амилоидоз почек.

1. К какой группе нефропатий относится амилоидоз?

2. Какую стадию заболевания можно диагностировать?

3. Дайте макроскопическое описание почек, образное название их.

4. Опишите микроскопические изменения.

5. Назовите развивающийся у больного синдром.

Задача 24

После приёма суррогатов алкоголя у мужчины 42 лет развился синдром острой почечной недостаточности со смертельным исходом на третьи сутки.

1. Классифицируйте данную нефропатию.

2. Определите стадию заболевания.

3. Дайте макроскопическое описание почек.

4. Опишите характерные микроскопические изменения.

5. Укажите особенности патогенеза.

Задача 25

При микроскопическом исследовании почек умершего 52 лет, страдавшего хроническим гломерулонефритом, обнаружены изменения, типичные для интракапиллярного гломерулонефрита.

1. Назовите его формы.

2. Перечислите структурные элементы, участвующие в процессе.

3. Назовите внепочечные симптомы заболевания.

Задача 26

Больная 47 лет перенесла операцию удаления нефункционирующей почки. Макроскопически орган увеличен, неравномерно плотной консистенции, деформирован. На разрезе полость лоханки и просвет некоторых чашечек заполнен камнем причудливой формы, матово-желтого цвета. Паренхима почки местами имеет толщину не более 3 мм. Слизистая оболочка лоханки резко гиперемирована, с точечными кровоизлияниями, покрыта зеленоватым налетом.

1. Диагностируйте почечную патологию с указанием латинского термина.

2. Приведите образное название камня по химическому составу, его форме.

3. Классифицируйте процесс в паренхиме почки.
4. Назовите возникшее осложнение заболевания.
5. Какова сущность процесса, развившегося в здоровой почке?

Задача 27

У больного 10 лет диагностирован врожденный поликистоз почек. Смерть наступила от прогрессирующей почечной недостаточности.

1. Дайте макроскопическое описание почек.
2. Объясните патогенез данной патологии, его варианты.
3. Опишите изменения в паренхиме почки.
4. Объясните причины длительного бессимптомного периода этой нефропатии.
5. Перечислите признаки хронической почечной недостаточности.

Задача 28

Больная 68 лет, страдавшая гипертонической болезнью, умерла при явлениях хронической почечной недостаточности.

1. Определите стадию заболевания.
2. Опишите макроскопические изменения почек.
3. Дайте образное название почек.
4. Расшифруйте сущность патологических изменений: а) в сосудистом русле; б) в паренхиме почек.
5. Охарактеризуйте процесс в непораженных нефронах.

Задача 29

У больной, страдавшей миеломной болезнью, прогрессировало поражение почек, явившееся непосредственной причиной гибели. Лабораторно при жизни выявлена парапротеинемия. На секции обнаружено значительное увеличение размеров обеих почек, имеющих плотную консистенцию и корковое вещество серо-белого цвета.

1. Назовите данную нефропатию.
2. Приведите образное название почек.
3. Определите стадию заболевания.
4. Опишите микроскопические изменения.
5. Назовите элективный метод окраски срезов при данной нефропатии.

Задача 30

У больной 57 лет диагностирован запущенный правосторонний пиелонефрит, осложненный распространением воспалительного процесса на паренхиму, капсулу и окружающие ткани.

1. Назовите этиологический фактор заболевания.
2. Опишите возможный патогенез такой нефропатии.
3. Какова форма воспалительной реакции.
4. Назовите возможные осложнения по локализации патологического процесса.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.3 Общественное здоровье и здравоохранение

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	74
Тестовые задания	80
Ситуационные (клинические) задачи	40

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Тестовые задания

1. Укажите основные направления, по которым специалист по организации здравоохранения и общественному здоровью должен иметь теоретические знания, практические умения и навыки:

1) Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения.
2) Общественное здоровье и факторы, его определяющие.
3) Система охраны здоровья населения и общественное здравоохранение.
4) Социология медицины.
5) Анализ показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения.
6) Внедрение рациональной организации труда в работу организаций здравоохранения.

2. Укажите основные направления, по которым специалист по организации здравоохранения и общественному здоровью должен иметь теоретические знания, практические умения и навыки:

1) Теоретические основы общественного здоровья и здравоохранения.
2) Общественное здоровье и факторы, его определяющие.
3) Система охраны здоровья населения и общественное здравоохранение.
4) Менеджмент и маркетинг в здравоохранении.
5) Анализ показателей деятельности органов управления и организаций здравоохранения.
6) Планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения.

3. Укажите документы, которые спасатель должен представить в медицинскую организацию, к которой он прикреплен, для направления на медицинскую реабилитацию:

1) заявление (рапорт)
2) справка об участии в ликвидации чрезвычайной ситуации
3) направление на бланке утвержденной формы
4) подробная выписка из медицинской (амбулаторной, стационарной) карты с указанием основного и сопутствующих диагнозов
5) данные рентгенографии (флюорографии) легких в течение года

4. Укажите, какие возможности организма за счет функциональной активизации его резервов используют в медицинской реабилитации:

1) адаптационные
2) компенсаторные
3) викарные (приспособительные)
4) биохимические
5) энергетические

5. Укажите графические формы представления статистической информации:

линейная
1) картограмма
2) плоскостная
3) картодиаграмма
4) диаграмма
5) комбинированная

6. Укажите методы отбора при проведении выборочных исследований:

1) механический
2) типический
3) контрольный
4) многоступенчатый
5) монографический
6) линейный

7. Информационные ресурсы в здравоохранении – это:

1) бумажные, электронные или иные носители информации о здоровье населения и деятельности организаций здравоохранения, содержащиеся в библиотеках, архивах, фондах, файлах, базах данных и других информационных источниках

2) данные о здоровье населения, системе самого здравоохранения, медицинской науке и смежных с ней науках, социальной и физической внешней среде

3) уникальный вид ресурсов о здоровье населения, который с развитием человечества не только не истощается, но и качественно совершенствуется

4) информационные ресурсы составляющие основную часть интеллектуального потенциала общества, определяемого накоплением, распределением и практической реализацией знаний о здоровье населения

5) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

8. Укажите один из основных информационных ресурсов медицинской организации:

1) автоматизированная корпоративная база данных
2) база персонифицированных медицинских данных
3) медико-статистические база персонифицированных данных
4) база данных по кадровому составу и материально-техническому оснащению ЛПУ
5) база данных застрахованного населения

9. Обособленные виды управленческой деятельности, выполнение которых даёт возможность организации достичь своих целей – это:

1) методы менеджмента
2) принципы менеджмента
3) функции менеджмента
4) управленческий цикл

5) управленческое решение

10. Укажите на чем основана технология «Управление по результатам»:
1) на приоритете конечных результатов над планированием
2) на приоритете взаимодействие между руководителем и подчиненным
3) на приоритете контроля и жесткого управления персоналом
4) на приоритете профессионализма исполнителей
5) на приоритете экономико-математических методов

Ситуационные задачи

Задача № 1

В министерство здравоохранения Ленинградской области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav47.ru по поводу неудобного функционала записи по сравнению с ранее существовавшей системой.

Задание:

1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?

2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?

3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?

4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи?

5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Задача № 2

Пациент Н., 10 лет, поступил из загородного оздоровительного лагеря в 1-ю детскую городскую больницу Санкт-Петербурга по скорой помощи с острой хирургической патологией. Состояние ребенка быстро ухудшалось. Но вместо того, чтобы немедленно оказать ребенку медицинскую помощь, врачи решили предварительно вызвать и дождаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни, подтвердив свое согласие на медицинское вмешательство.

Задание:

1. Правы ли врачи, ожидая решения родителя об оказании медицинской помощи ребенку?

Задача № 3

Перед организатором здравоохранения любого уровня обычно встает вопрос, какой стиль управления избрать для наиболее быстрого достижения организационных целей.

Задание:

1. Выберите из приведенных ниже утверждений те, которые, по вашему мнению, в наибольшей степени соответствуют правильному поведению организатора здравоохранения, и обоснуйте сделанный выбор:

- руководитель должен учитывать пожелания сотрудников и заботиться о них;
- руководитель должен постоянно напоминать сотрудникам, что на работе надо работать и конкретно указывать, что они должны делать;
- руководитель должен подстраиваться под ситуацию и постоянно менять стиль поведения с сотрудниками;
- руководителю не нужно подстраиваться под ситуацию, т.к. сотрудники привыкают к определенному стилю управления и сами приспосабливаются к нему.

Задача № 4

В поликлинике проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения.

В адрес медицинской организации поступила информация из страховой компании о приостановлении выплаты за диспансеризацию взрослого населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к другой медицинской организации.

Задание:

1. Какие нормативные документы определяют правила проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения?

2. На основании каких нормативных актов осуществляется пациентом выбор медицинской организации?

3. Права ли страховая компания, отказав в оплате за диспансеризацию данной группы взрослого населения?

Задача № 5

Больная находилась в травматологическом отделении больницы по поводу травмы тазобедренного сустава. По истечении 4-х месяцев полного излечения не наступило.

Задание:

1. Выберите и обоснуйте принятие правильного решения по поводу оформления нетрудоспособности данной больной:

- листок нетрудоспособности продлевает лечащий врач;
- листок нетрудоспособности продлевает врачебная комиссия (ВК);
- лечащий врач направляет на медико-социальную экспертизу;
- листок нетрудоспособности продлевает лечащий врач совместно с заведующим отделением.

УК-2 Готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

этнические, конфессиональные и культурные различия

Тестовые задания

1. Основные виды и задачи профессиональной деятельности по организации здравоохранения и общественному здоровью включают:

1) Анализ показателей общественного здоровья.

2) Планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения.

3) Проведение маркетинговых исследований на рынке медицинских услуг.

4) Организация мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других нарушений в состоянии здоровья.

5) Организация системы контроля исполнения запланированных мероприятий.

6) Руководство деятельностью структурного подразделения медицинской организации в соответствии с его функциями и задачами.

2. Основные виды и задачи профессиональной деятельности по организации здравоохранения и общественному здоровью включают:

1) Анализ показателей общественного здоровья.

2) Планирование деятельности органов управления и организаций здравоохранения.

3) Организация деятельности организаций здравоохранения и их структурных подразделений, включая организацию работы с кадрами.

4) Организация мероприятий по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других нарушений в состоянии здоровья.

5) Организация системы контроля исполнения запланированных мероприятий.

6) Руководство деятельностью структурного подразделения медицинской организации в соответствии с его функциями и задачами.

3. Медицинская реабилитация спасателей осуществляется в следующих формах:

1) в ходе ликвидации чрезвычайной ситуации

2) амбулаторно-поликлиническая

3) стационарная
4) санаторно-курортная
5) индивидуальная
6) психологическая

4. Обязательной составляющей медицинской реабилитации спасателей является:
1) психологическая
2) амбулаторно-поликлиническая
3) санаторно-курортная
4) профессиональная
5) индивидуальная

5. Параметрические количественные методы статистической обработки данных – это:
1) Количественные методы статистической обработки данных, применение которых требует обязательного знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.
2) Количественные методы статистической обработки данных, применение которых не требует знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.
3) Количественные методы статистической обработки данных, изучаемой совокупности в которой наглядно отражаются результаты статистического наблюдения.
4) Количественные методы статистической обработки данных, входящих в состав совокупности анализируемого статистического наблюдения.
5) Количественные методы статистической обработки данных, объединенные в определенные группы в соответствии с каким-либо признаком.

6. Параметрические количественные методы статистической обработки данных – это:
1) Количественные методы статистической обработки данных, применение которых требует обязательного знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.
2) Количественные методы статистической обработки данных, применение которых не требует знания закона распределения изучаемых признаков в совокупности и вычисления их основных параметров.
3) Количественные методы статистической обработки данных, изучаемой совокупности в которой наглядно отражаются результаты статистического наблюдения.
4) Количественные методы статистической обработки данных, входящих в состав совокупности анализируемого статистического наблюдения.
5) Количественные методы статистической обработки данных, объединенные в определенные группы в соответствии с каким-либо признаком.

7. Классификация медицинских информационных систем основана:
1) на иерархическом принципе и соответствует многоуровневой структуре здравоохранения
2) на едином информационном пространство медицинских данных
3) на едином информационном пространстве системы здравоохранения
4) на совокупности программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения
5) на совокупности информационных, организационных, программных и технических средств, предназначенных для автоматизации медицинских процессов и организаций

8. Электронная история болезни – это:
1) информационная система, предназначенная для ведения, хранения на электронных

носителях, поиска и выдачи по информационным запросам персональных медицинских записей

2) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

3) технологическая медицинская система, предназначенная для обеспечения информационной поддержки отношений «врач – больной»

4) информационная система, предназначенная для сбора, хранения, обработки, поиска, распространения, передачи и предоставления информации

9. Управленческий цикл – это:

1) Логическая последовательность действий, обобщенных в отдельные фазы, этапы, стадии или блоки, направленная на решение управленческой задачи и достижение поставленных целей.

2) Многогранный и системный вид человеческой деятельности, определяющий конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации управленческого решения.

3) Целенаправленное воздействие на объект управления, основанное на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели.

4) Обособленные виды управленческой деятельности, выполнение которых даёт возможность организации достичь своих целей.

5) Набор решений по будущему состоянию организации с указанием целей, необходимых ресурсов и путей их наиболее рационального использования.

10. Управленческое решение –это:

1) Директивный акт целенаправленного воздействия на объект управления, основанный на анализе достоверных данных, характеризующих конкретную управленческую ситуацию, определении цели действий и содержащий программу достижения цели.

2) Целенаправленная последовательность действий, обобщенных в отдельные фазы, этапы, стадии или блоки, направленная на решение управленческой задачи и достижение поставленных целей.

3) Результат анализа, прогнозирования, оптимизации, экономического и медико-социального обоснования и выбора единственного из множества вариантов решения для достижения поставленной цели.

4) Многогранный и системный вид человеческой деятельности, определяющий конкретные задачи руководителя, специалиста на всех этапах выработки, принятия и реализации решения.

5) Виды управленческой деятельности по будущему состоянию организации с указанием целей, необходимых ресурсов и путей их наиболее рационального использования.

Ситуационные задачи

Задача № 1

В родильное отделение городской больницы госпитализирована женщина, 24 лет, после родов на дому, которые были приняты фельдшером фельдшерско-акушерского пункта (ФАП). Роды многоплодные (двойня) в сроке беременности 23 недели. Первый ребенок из двойни родился весом 760 грамм, рост 30 см, второй ребенок родился весом 390 грамм, рост 28 см. Дети госпитализированы вместе с матерью. Несмотря на проводимые лечебные мероприятия, второй ребенок умер в больнице на 3-й день, прожив 83 часа, первый ребенок - на 27 день. Произведено патологоанатомическое вскрытие новорожденных, несмотря на письменный отказ матери от вскрытия.

Задание:

1. Можно ли считать исход беременности в сроке 23 недели родами?

2. Какие учетные документы и в каком количестве должны быть выданы матери для обращения в органы ЗАГС?

3. Кто должен заполнить эти документы в случае родов на дому?

4. Каким нормативным документом определены медицинские критерии рождения, а ребенок, родившийся весом 390 грамм, признается новорожденным?

5. Оцените правомерность действий главного врача при принятии решения о производстве вскрытия новорожденных.

Задача № 2

Студент Н., 14 лет, на спортивных соревнованиях среди образовательных организаций получил травму головы и был доставлен бригадой скоро помощи в медицинскую организацию. В целях расследования несчастного случая администрация образовательной организации запросила у медицинской организации сведения о состоянии здоровья обучающегося. Лечащий врач в предоставлении сведений отказал, сославшись на то, что родители возражают против разглашения сведений о состоянии здоровья своего ребенка.

Задание:

1. Имеет ли право администрация образовательной организации на получение сведений от медицинской организации о здоровье обучающихся?

2. Имеет ли право лечащий врач не разглашать врачебную тайну в данной ситуации?

Задача № 3

Вы приступили к работе в должности заведующего отделением. С коллективом Вы стараетесь быть доброжелательным, ненавязчиво давать советы, подчеркивая, что ждете от своих подчиненных предложений и ответной инициативы. Однако вместо ожидаемой активности и заинтересованности Вы сталкиваетесь с трудностями в установлении деловых контактов и неудовлетворительной исполнительской дисциплиной.

Задание:

1. Определите свой стиль руководства, установите причины, не позволяющие применять его. Какой стиль руководства наиболее предпочтителен в данном коллективе? Обоснуйте применение этого стиля.

Задача № 4

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг амбулаторно-поликлинического учреждения и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (амбулаторно-поликлинических услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг.

За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в страховой медицинской организации (СМО) граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35 000-45 500 руб. ежемесячно), которые можно избежать.

Задание:

1. Каким образом можно уменьшить данные потери?

Задача № 5

В случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет,

листок нетрудоспособности выдается лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком.

Задание:

1. На какой срок выдается листок нетрудоспособности лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком в случае болезни матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет? Из перечисленных ниже вариантов выберите правильный ответ:

- на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;
- на весь срок лечения матери по заключению клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода;
- до 5-и дней, по решению врачебной комиссии (ВК) до 10-и дней, а в исключительных случаях на весь период, в течение которого она не может осуществлять уход, но не более 70 дней;
- листок нетрудоспособности не выдается.

ПК-1. Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Предмет и методы изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Семашко Н.А. – основоположник советской социальной гигиены.
3. Период становления государственной системы отечественного здравоохранения.
4. Теоретические основы и организационные принципы здравоохранения Российской Федерации.
5. Профилактический принцип в здравоохранении. Виды профилактики.
6. Законодательные основы деятельности в сфере охраны здоровья населения Российской Федерации.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - основной законодательный акт в области охраны здоровья населения.
8. Проблема соотношения социального и биологического в здоровье населения.
9. Современные проблемы отечественного здравоохранения и перспективы его развития.
10. Статистический метод – основной метод общественного здоровья и здравоохранения.
11. Показатели в статистике: методики их вычисления и оценка.
12. Относительные величины, методика вычисления и оценка достоверности.
13. Вариационные ряды и методы их статистической обработки.
14. Средние величины в статистике и здравоохранении. Виды. Методики вычисления и сравнительная оценка.
15. Оценка достоверности различий между относительными и средними величинами.
16. Оценка достоверности результатов статистического исследования (ошибка репрезентативности, критерий t, критерий хи-квадрат).
17. Измерение связи коэффициентами корреляции.
18. Измерение связи между явлениями и оценка достоверности различий коэффициентом соответствия (хи-квадрат).
19. Стандартизация показателей. Условия применения и суть прямого метода стандартизации.
20. Методика изучения динамики явлений. Динамические ряды.

21. Организация статистического исследования. Этапы.
22. Таблицы в статистике. Основные виды. Назначение.
23. Виды графических изображений в статистике.
24. Здоровье населения и методы его изучения.
25. Показатели общественного здоровья. Методики их вычисления и оценки.
26. Основы медицинской демографии.
27. Показатели и основные закономерности естественного движения населения России.
28. Рождаемость в Российской Федерации.
29. Смертность в Российской Федерации.
30. Детская смертность. Понятие. Структура. Основные закономерности, свойственные Российской Федерации.
31. Медицинская регистрация причин смерти населения.
32. Перепись населения. Понятие. Значение для медицины и здравоохранения.
33. Показатели заболеваемости. Понятие. Виды. Методики вычисления.
34. Методы изучения заболеваемости населения.
35. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ – 10).
36. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
37. Показатели физического развития населения. Понятие. Виды. Роль в оценке здоровья населения.
38. Основы организации амбулаторно-поликлинической (первичной медико-санитарной) помощи населению.
39. Показатели работы амбулаторно-поликлинических учреждений.
40. Структура, принципы и методы работы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) объединенного типа.
41. Основные показатели работы лечебного учреждения.
42. Показатели деятельности стационара больницы.
43. Основы организации медицинской помощи рабочим промышленных предприятий.
44. Охрана материнства и детства в Российской Федерации как отрасль здравоохранения. Понятие. Цели. Задачи.
45. Организация работы женской консультации.
46. Основы организации медицинской помощи детям. Детская поликлиника.
47. Врачебный контроль за здоровьем и воспитанием детей в яслях-садах.
48. Врачебный контроль за здоровьем и воспитанием школьников.
49. Основы организации медицинской помощи сельскому населению.
50. Организация и содержание работы на сельском врачебном участке.
51. Организация работы фельдшерско-акушерского пункта (ФАП).
52. Диспансеризация – основной метод работы учреждений здравоохранения. Диспансеризация населения. Группы диспансерного наблюдения. Диспансеры. Показатели эффективности диспансерного наблюдения.
53. Экспертиза трудоспособности в здравоохранении. Понятие. Основные цели. Задачи. Виды.
54. Основы организации экспертизы временной утраты трудоспособности.
55. Общие правила выдачи листков нетрудоспособности.
56. Основы организации медико-социальной экспертизы (МСЭ). Бюро МСЭ. Виды. Состав. Функции.
57. Социальное страхование. Понятие. Цели. Задачи. Принципы. ОМС.
58. Скорая и неотложная помощь в практике здравоохранения.
59. Заболевания сердечно-сосудистой системы как медико-социальная проблема.
60. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема.
61. Травматизм как медико-социальная проблема, основные учреждения здравоохранения по оказанию лечебно-профилактической помощи при травмах.

62. Алкоголизм, наркомания, токсикомания и курение как медико-социальная проблема.

63. Нервно-психические заболевания как медико-социальная проблема.

64. Туберкулез как медико-социальная проблема.

65. Аборт как медико-социальная проблема.

66. Значение основных социальных факторов (условий труда, быта и др.) в формировании здоровья населения.

67. Санаторно-курортная помощь в практике отечественного здравоохранения.

68. Организация противоэпидемической службы Российской Федерации.

69. Организационные основы здравоохранения Российской Федерации.

70. Система формирования медицинской грамотности населения.

71. Система подготовки, повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров. Принцип непрерывности медицинского образования.

72. Современная концепция охраны здоровья населения Российской Федерации.

73. Медицинское страхование. Понятие. Виды. Теоретические основы и практика в Российской Федерации.

74. Финансирование здравоохранения. Медицинское страхование как источник финансирования.

Тестовые задания

1. Общественное здоровье – это:
1) наука о социологии здоровья
2) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
3) наука о социальных проблемах медицины
4) наука о закономерностях здоровья
5) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

2. Здравоохранение – это:
1) наука о социологии здоровья
2) система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
3) наука о социальных проблемах медицины
4) наука о закономерностях здоровья
5) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья

3. Первичная медико-санитарная помощь – это:
1) основа системы оказания медицинской помощи
2) вид оказания медицинской помощи
3) форма оказания медицинской помощи
4) принцип оказания медицинской помощи
5) метод оказания медицинской помощи

4. Первичная медико-санитарная помощь включает в себя следующие мероприятия:
1) профилактика
2) диагностика
3) наблюдение за течением беременности
4) лечение заболеваний и состояний
5) санитарно-гигиеническое просвещение населения
6) эвакуация

5. Статистическая совокупность – это:

1) Группа, состоящая из большого числа относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах пространства и времени.

2) Группа, состоящая из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены

в соответствии с целью исследования.

3) Количественная оценка свойства изучаемого явления.

4) Группа, состоящая из большого числа единиц статистического множества, взятых по отдельным признакам под воздействием всей совокупности факторов.

5) Количественная закономерность массовых явлений, отчетливо проявляющихся лишь в достаточно большом их числе.

6. Каждый элемент статистической совокупности – это:

1) Единица наблюдения.

2) Показатель наглядности.

3) Экстенсивный показатель.

4) Интенсивный показатель.

5) Единица измерения.

7. Медицинская информационная система медицинской организации (МИС МО) – это:

1) Интегрированная или комплексная информационная система, предназначенная для автоматизации лечебно-диагностического процесса и сопутствующей медицинской деятельности медицинской организации.

2) Совокупность средств вычислительной техники, объединенных в вычислительную сеть, а также технологического оборудования, необходимых для выполнения всех функций, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении.

3) Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении.

4) Совокупность программно-технических средств, осуществляющих накопление, обработку и автоматизацию медицинских бизнес-процессов в медицинской организации и информационной поддержки сотрудников медицинской организации.

8. Автоматизированный скрининг – это:

1) телекоммуникационная сеть

2) автоматизированный предварительный медицинский осмотр

3) автоматизированный целевой медицинский осмотр

4) автоматизированное рабочее место участкового педиатра

5) автоматизированная система управления

9. Структура деятельности руководителя – это:

1) Потребности человека в управленческой деятельности и формируемые на их основе системы отношений к своему труду, к себе, подчиненным и вышестоящим начальникам.

2) Подход к управлению, при котором выбор эффективной организационной деятельности и механизма управления определяются особенностями ситуации, в которой находится организация.

3) Управленческая функция подготовки и принятия реализуемых на практике решений во всех областях жизни и деятельности коллектива.

4) Научно обоснованная организация управления, сочетающая вертикальные линейные и функциональные связи управления с горизонтальными.

5) Сложная динамическая система управленческой деятельности, включающая изучение, систематизацию, обобщение и оценку информации о структуре, общих и специфических качествах субъекта и объекта управления.

10. Руководитель и другие носители тех или иных социально-психологических функций – это:

1) субъект социальной психологии управления
2) объект социальной психологии управления
3) когнитивный компонент психологии управления
4) персонал психологии управления
5) потенциал психологии управления
6) феномен психологии управления

Ситуационные задачи

Задача № 1

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет).

Задание:

1. Правомерны ли требования лицензирующего органа?

2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров?

Задача № 2

На имя главного врача центральной поликлиники поступила жалоба от гражданки Н., в которой она обвиняет акушерку отделения профилактики в разглашении врачебной тайны. Со слов заявительницы, акушерка в присутствии другого пациента дала направление на дальнейшее обследование к врачу гинекологу, озвучив диагноз. Пациентка возмущена поведением акушерки, настаивает на утверждении о том, что её права были грубо нарушены, просит разобраться в ситуации, наказать виновницу и получить извинения от акушерки.

Задание:

1. Изучите сложившуюся ситуацию и подготовьте ответ заявительнице.

2. Дайте пояснения относительно врачебной тайны и ее правового обоснования.

Задача № 3

Медицинская сестра Н. пришла утром на работу и сообщила заведующему отделением, что вчера сдала кровь и сегодня на работу не выйдет, а напишет заявление на предоставление дня отдыха по донорской справке.

Задание:

1. Необходимо ли было медицинской сестре предварительно получить разрешение у заведующего отделением на сдачу крови?

2. Имеет ли право заведующий отделением не предоставлять медицинской сестре день отдыха по донорской справке по её желанию?

Задача № 4

Необходимо направить пациента для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава Росси. Известно, что пациент с диагнозом болезнь Кушинга уже получил в этой клинике оперативное лечение в виде эндоскопического удаления АКТГ-продуцирующей аденомы гипофиза полгода назад. Сейчас его надо отправить для определения дальнейшей тактики ведения лечения.

Задание:

1. К какому виду ВМП, установленному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, относится подбор гормональной терапии, а к какому - оперативное лечение, оказанное по данному заболеванию?

2. За счет каких средств будет осуществляться финансирование в обоих случаях?

Задача № 5

Гражданин Н. обратился в медицинскую организацию по месту жительства в связи с необходимостью продолжения курса лечения по поводу травмы.

На руках у пациента имеется выписка об оказании медицинской помощи в медицинской организации системы МЧС России. Со слов гражданина Н., травма была получена во время выполнения работ по трудовому договору в период пребывания в местах лишения свободы.

Задание:

1. Каким образом осуществляется экспертиза нетрудоспособности у данного гражданина?

2. Какой документ гражданин Н. должен предоставить для продолжения лечения в медицинской организации по месту жительства?

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Тестовые задания

1. Укажите приоритетное направление развития здравоохранения Российской Федерации на современном этапе:

1) скорая и неотложная медицинская помощь
2) переход на современную систему организации медицинской помощи
3) высокотехнологичная медицинская помощь
4) первичная медико-санитарная помощь
5) повышение качества и доступности медицинской помощи

2. Укажите предмет изучения общественного здоровья и здравоохранения:

1) инфраструктура и ресурсное обеспечение здравоохранения
2) здоровье населения и факторы, влияющие на него
3) организация эффективного функционирование системы здравоохранения
4) сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи
5) состояние системы здравоохранения, основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода

3. К видам медицинской помощи не относится:

1) первичная медико-санитарная помощь
2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь
3) стационарная помощь
4) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
5) паллиативная медицинская помощь

4. Укажите условия, в которых оказывается первичная медико-санитарная помощь:

1) в амбулаторных условиях
2) в условиях дневного стационара
3) врачами-терапевтами
4) врачами-педиатрами
5) врачами общей практики

5. Учетные признаки статистической совокупности

1) Признаки, по которым различаются элементы статистической совокупности и

подлежат регистрации.

2) Признаки, по которым различаются отдельные характерные в каком-либо отношении единицы статистической совокупности.

3) Признаки, состоящие из всех единиц наблюдения, которые могут быть отнесены к статистической совокупности в соответствии с целью исследования.

4) Признаки, по которым различаются все входящие в состав статистической совокупности единицы наблюдения.

5) Признаки, по которым изучаются все входящие в состав статистической совокупности единицы наблюдения.

6. Укажите количество важнейших этапов организации любого статистического исследования, проводимого на достаточно большой совокупности

1) 2
2) 3
3) 4
4) 5 и более

7. Укажите виды медицинской информации:

1) общественная
2) индивидуальная
3) экономическая
4) технологическая
5) статистическая

8. К первому уровню развития медицинских информационных систем (МИС) относятся:

1) автоматизированные медицинские записи
2) системы компьютеризированной медицинской записи
3) системы внедрения электронных медицинских записей
4) системы электронных медицинских записей
5) системы электронных записей о здоровье

9. Методы мотивации персонала можно разделить на:

1) экономические
2) организационно-административные
3) социально-психологические
4) эстетические
5) религиозные
6) материальные

10. Процесс мотивации по теории ожидания складывается из взаимодействия следующих блоков:

1) усилия
2) результат
3) исполнение
4) валентность
5) удовлетворение
6) восприятие

Ситуационные задачи

Задача № 1

В государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница после дорожно-транспортного происшествия на трассе А-121 госпитализированы 4 человека, из которых 2 ребенка. Один пострадавший в тяжелом

состоянии, 3 – в состоянии средней степени и 2 - легкой степени тяжести. Общее число пострадавших при автомобильной аварии составило 6 человек.

Данное сообщение поступило в оперативно-диспетчерский отдел Территориального центра медицины катастроф как чрезвычайная ситуация федерального уровня.

Задание:

1. К какому уровню (региональному или федеральному) относится данное ДТП?

2. Правильно ли принято решение о госпитализации пострадавших в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница?

Задача № 2

Гражданин Н. был доставлен в травматологическое отделение после ножевого ранения в живот. Больному была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что у больного не были выявлены переломы ребер, т.к. не была проведена пальпация грудной клетки и рентгенография легких. Поэтому лечение было оказано не в полном объеме. Все это усугубило тяжелое состояние больного и, по мнению родственников, способствовало наступлению смерти. На иждивении больного находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.

Задание:

1. Есть ли основания для предъявления иска о возмещении вреда, причиненного жизни пациента?

2. Кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причиненного потерей кормильца?

3. Какой порядок определения размера возмещения имущественного вреда?

4. Могут ли родственники умершего пациента потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?

Задача № 3

На личный прием к главному врачу обратилась гражданка Н. с вопросом об обеспечении обезболивающими и противоопухолевыми лекарственными препаратами ее матери, 64 лет, страдающей раком молочной железы, которая выписана из онкологического диспансера после проведенного комплексного лечения и будет проживать у дочери на территории обслуживания данной поликлиники.

Задание:

1. Имеет ли право пациентка обслуживаться в данной медицинской организации?

2. Имеет ли право пациентка, страдающая онкологическим заболеванием, на выписку льготных (бесплатных) рецептов?

3. Кто должен осуществить назначение противоопухолевой и обезболивающей терапии?

4. Уточняющие вопросы, на которые необходимо получить сведения для принятия решения: наблюдалась ли пациентка ранее в данной поликлинике? Если нет, то что необходимо сделать? Имеет ли пациентка группу инвалидности?

Задача № 4

В адрес администрации санаторно-курортного учреждения поступило заявление от гражданина Н., который приобрел путевку на санаторно-курортное лечение по поводу заболевания костно-мышечной системы сроком на 10 дней по цене 1500,0 рублей за один «койко-день». В заявлении гр. С. просит возвратить денежные средства в связи с тем, что он находился на лечении в санаторно-курортном учреждении ежедневно с 9.00 до 19.00, а остальное время был дома. Следовательно, делает вывод пациент, в учреждении он находился всего 10 часов, а заплатил за 24 часа. В заявлении указано, что необходимо вернуть 8 750,0 рублей. Претензий к объёму и качеству оказанных услуг гражданин Н. не

имел.

Задание:

1. Должна ли санаторно-курортная организация вернуть пациенту деньги?

2. Дайте ответ пациенту.

Задача № 5

В медицинскую организацию поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.

Задание:

1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?

2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?

3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

Тестовые задания

1. Социально-экономические факторы, влияющие на здоровье:

1) условия жизни, уровень благосостояния, качество медицинских услуг, состояние правовой базы по охране здоровья

2) условия жизни, условия труда, квалификация, размер дохода, уровень образованности и организация досуга

3) условия жизни, труда, социальная защищенность, уровень образования, особенности климатической зоны, качество оказываемых медицинских услуг

условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи

4) условия жизни, труда, социальная защищенность, доступность медицинской помощи, социально-экономическое положение государства

2. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

2) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития,

демографические показатели

3) социально-экономические, социально-медицинские, правовые, социокультурные, экологические показатели

4) показатели физического развития, демографические показатели, обеспеченности кадрами

5) социально-экономические, социально-медицинские, социально-биологические, правовые, социокультурные, экологические показатели

3. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных:

1) на оказание сестринского ухода

2) на реабилитацию

3) на избавление от боли неизлечимо больных граждан

4) на оказание медико-социальной помощи неизлечимо больным гражданам.

4. Высокотехнологичная медицинская помощь:

обособлена в своем определении и анализе

1) является частью специализированной медицинской помощи

2) является частью системы государственных гарантий граждан РФ

3) устанавливается в ежегодно корректируемых объемах в медицинских организациях

4) устанавливается согласно программе обязательного медицинского страхования (ОМС)

5. Статистическая таблица – это:

1) Количественная характеристика изучаемой совокупности в которой наглядно отражаются результаты статистического наблюдения.

2) Объект статистического изучения, то есть единицы совокупности, их группы или вся совокупность в целом.

3) Количественная характеристика изучаемых единиц, входящих в состав совокупности анализируемого статистического наблюдения.

4) Количественная характеристика отдельных составных частей исследуемой совокупности данных, объединенная в определенные группы в соответствии с каким-либо признаком.

6. Укажите виды статистических таблиц:

1) простые

2) комплексные

3) комбинационные

4) групповые

5) контрольные

7. Медицинская информационная система (МИС) – это:

1) совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения

2) совокупность программно-технических средств управления здравоохранением, обеспечивающая оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи

3) совокупность программно-технических средств и составных элементов, взаимодействующих между собой и внешней средой и объединенных общими законами функционирования

4) совокупность программных комплексов, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению

8. Медицинские информационные системы территориального уровня – это:

1) совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения

2) совокупность программно-технических средств управления здравоохранением,

обеспечивающая оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи

3) совокупность программно-технических средств и составных элементов, взаимодействующих между собой и внешней средой и объединенных общими законами функционирования

4) программные комплексы, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению на уровне территории (города, области, страны)

9. Социально-психологические методы – это:

1) Способы осуществления управленческих воздействий на персонал, основанные на использовании закономерностей социологии и психологии.

2) Способы, которые подразумевают материальную мотивацию, т.е. выполнение работниками своих обязанностей и достижение определённых результатов за предоставление материальных благ.

3) Способы, основанные на власти, подчинении регламенту, законам, уставу, субординации и т.п. Также они могут опираться на возможность принуждения.

4) Способы повышения социальной активности работников методом воздействие на сознание людей, их эстетические, религиозные, социальные и другие интересы.

5) Способы стимулирования деятельности индивида или коллектива, направленные на достижение в процессе управления индивидуальных или общих для организации целей.

10. Укажите основные направления теории мотивации:

1) содержательные теории

2) процессуальные теории

3) теории, в основе которых лежит специфическая картина человека

4) теории не удовлетворённых потребностей

5) теории удовлетворённых потребностей

6) теории потребностей роста

Ситуационные задачи

Задача № 1

В государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница после дорожно-транспортного происшествия на трассе А-121 госпитализированы 4 человека, из которых 2 ребенка. Один пострадавший в тяжелом состоянии, 3 – в состоянии средней степени и 2 - легкой степени тяжести. Общее число пострадавших при автомобильной аварии составило 6 человек.

Данное сообщение поступило в оперативно-диспетчерский отдел Территориального центра медицины катастроф как чрезвычайная ситуация федерального уровня.

Задание:

1. К какому уровню (региональному или федеральному) относится данное ДТП?

2. Правильно ли принято решение о госпитализации пострадавших в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области Приозерская межрайонная больница?

Задача № 2

Гражданин Н. был доставлен в травматологическое отделение после ножевого ранения в живот. Больному была проведена срочная операция. Операция прошла удачно, однако через несколько часов больной умер. При вскрытии выяснилось, что у больного не были выявлены переломы ребер, т.к. не была проведена пальпация грудной клетки и рентгенография легких. Поэтому лечение было оказано не в полном объеме. Все это усугубило тяжелое состояние больного и, по мнению родственников, способствовало

наступлению смерти. На иждивении больного находились трое детей школьного возраста, жена и родители пенсионного возраста.

Задание:

1. Есть ли основания для предъявления иска о возмещении вреда, причиненного жизни пациента?

2. Кто имеет право на подачу иска о возмещении вреда, причиненного потерей кормильца?

3. Какой порядок определения размера возмещения имущественного вреда?

4. Могут ли родственники умершего пациента потребовать компенсации морального вреда в судебном порядке?

Задача № 3

На личный прием к главному врачу обратилась гражданка Н. с вопросом об обеспечении обезболивающими и противоопухолевыми лекарственными препаратами ее матери, 64 лет, страдающей раком молочной железы, которая выписана из онкологического диспансера после проведенного комплексного лечения и будет проживать у дочери на территории обслуживания данной поликлиники.

Задание:

1. Имеет ли право пациентка обслуживаться в данной медицинской организации?

2. Имеет ли право пациентка, страдающая онкологическим заболеванием, на выписку льготных (бесплатных) рецептов?

3. Кто должен осуществить назначение противоопухолевой и обезболивающей терапии?

4. Уточняющие вопросы, на которые необходимо получить сведения для принятия решения: наблюдалась ли пациентка ранее в данной поликлинике? Если нет, то что необходимо сделать? Имеет ли пациентка группу инвалидности?

Задача № 4

В адрес администрации санаторно-курортного учреждения поступило заявление от гражданина Н., который приобрел путевку на санаторно-курортное лечение по поводу заболевания костно-мышечной системы сроком на 10 дней по цене 1500,0 рублей за один «койко-день». В заявлении гр. С. просит возвратить денежные средства в связи с тем, что он находился на лечении в санаторно-курортном учреждении ежедневно с 9.00 до 19.00, а остальное время был дома. Следовательно, делает вывод пациент, в учреждении он находился всего 10 часов, а заплатил за 24 часа. В заявлении указано, что необходимо вернуть 8 750,0 рублей. Претензий к объёму и качеству оказанных услуг гражданин Н. не имел.

Задание:

1. Должна ли санаторно-курортная организация вернуть пациенту деньги?

2. Дайте ответ пациенту.

Задача № 5

В медицинскую организацию поступило обращение бухгалтерии предприятия с просьбой представить дубликат листка нетрудоспособности работника Н., выданного после выписки из стационара. Работник Н. находился на длительном амбулаторном лечении, оформленный поликлиникой листок нетрудоспособности (3-я строка - 15 дней, подписи лечащего врача и председателя врачебной комиссии, код 31, печати поликлиники) сдан на оплату. Через 3 недели в бухгалтерию поступил новый листок нетрудоспособности из стационара с отметкой «продолжение» и наслоением сроков лечения в 13 дней с листком нетрудоспособности, выданным поликлиникой. Пациент Н. в стационар доставлен машиной СМП с ухудшением состояния без направления поликлиники и оформленного листка нетрудоспособности. По просьбе родственников выданный поликлиникой листок нетрудоспособности был в поликлинике окончательно оформлен, сдан на оплату в

бухгалтерию без представления в медицинское учреждение по месту госпитализации пациента и без его подписи в корешке листка нетрудоспособности.

Задание:

1. Почему в выданном поликлиникой листке нетрудоспособности 3-я строка содержит продление на 15 дней без явок к врачу, а его окончательное оформление проведено без осмотра лечащего врача?

2. Почему в стационаре выдан листок нетрудоспособности пациенту Н. с наслоением сроков лечения и без отметки о номере предыдущего?

3. Как поступить с оплатой выданного в стационаре листка нетрудоспособности?

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Тестовые задания

1. Укажите определение здоровья, данное Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

1) состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему ни и лучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции

2) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

3) состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения

4) состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции

5) нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальный ход биологических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству

2. Укажите методы применяемые при проведении социально-гигиенических исследований:

1) эпидемиологический, эмпирический, экспериментальный

2) статистический, исторический, географический

3) этнический, статистический, корреляционный

4) экономический, исторический, статистический, социологический

5) социально-экономический, социально-медицинский, социально-биологический, социологический

3. Укажите основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи населению:

1) развитие первичной медико-санитарной помощи на базе государственного (муниципального) здравоохранения

2) перераспределение части объёмов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический

3) развитие стационарозамещающих технологий

4) рост числа республиканских, краевых, областных больниц

5) санитарно-гигиеническое просвещение населения

4. Задачами службы скорой и неотложной помощи являются все, кроме:

1) постоянной мобилизационной готовности

2) высокой квалификации персонала выездных бригад

3) соответствующего медицинского оснащения

4) наличия специального транспорта

5) анализа заболеваемости в регионе

5. Укажите виды проявления количественных связей между признаками:
1) функциональная
2) корреляционная
3) текущая
4) сплошная
5) выборочная

6. Укажите вид статистического наблюдения по объему:
1) текущее
2) генеральное
3) сплошное
4) постоянное
5) простое

7. Инструменты электронного здравоохранения – это:

1) продукты, системы и службы, выходящие за рамки простых интернет-приложений и предназначенные для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, контроля за состоянием здоровья и управления образом жизни

2) продукты, программно-технические средства, базы данных и знаний, предназначенные для автоматизации различных процессов, протекающих в ЛПУ и системе здравоохранения

3) продукты, программно-технические средства управления здравоохранением, обеспечивающие оптимальное использование ресурсов для удовлетворения потребности населения в медицинской помощи

4) продукты, программно-технические средства и элементы, взаимодействующие между собой, объединенные общими законами функционирования

5) продукты, и программные комплексы, которые обеспечивают управление специализированными и профильными медицинскими службами, поликлинической, стационарной и скорой медпомощью населению на уровне территории (города, области, страны)

8. Укажите виды медицинской информации:
1) деловая
2) научная
3) коммерческая
4) потребительская
5) общественная
6) индивидуальная

9. Вероятностные решения – это решения, принятые в условиях:
конкуренции
1) риска
2) многовариантности
3) неопределенности
4) адаптивности
5) различных аргументов одинаковых точек зрения

10. Мотивация – это:

1) Комплекс мер по стимулированию деятельности индивида или коллектива, направленный на достижение в процессе управления индивидуальных или общих для организации целей.

2) Процесс постоянного преодоления новых границ, достижения лучших результатов, саморазвития и личностного роста.

3) Динамический психофизиологический процесс, который управляет поведением человека и определяет его организованность, направленность, устойчивость и активность.

4) Совокупность процессов, отвечающих за побуждение и деятельность человека.

5) Совокупность мотивов, отвечающих за побуждение и деятельность человека.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Организация медицинских осмотров несовершеннолетних, в т.ч. при поступлении в образовательные организации и в период обучения, осуществляется на основании приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Задание:

1. Какой порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные организации?

2. Какая используется учетная форма?

3. Какой предусмотрен отчет по этой форме?

Задача № 2

В медицинский центр обратилась женщина, которая пояснила, что является супругой гражданина Н. Сам пациент подойти не смог за ответами анализов по объективным причинам (постоянно днем работает). Супруга добавила, что в курсе всех заболеваний мужа и знает цель сдачи данных анализов. Просит выдать результаты обследования.

Задание:

1. Что такое врачебная тайна? Какие сведения составляют врачебную тайну?

2. Какие условия должны быть соблюдены для получения доступа к данным, составляющим врачебную тайну? Имеет ли право получить данные сведения супруга пациента (близкий родственник)?

3. Приведите нормативные документы, регламентирующие порядок оперирования со сведениями, составляющими врачебную тайну.

Задача № 3

На базе хирургического отделения медико-санитарной части обычно проводились плановые операции. Неотложные оперативные вмешательства осуществлялись редко, в исключительных случаях. Заранее, за 1 месяц, заведующий отделения и старшая медицинская сестра хирургического отделения получили информацию о подготовке отделения к приему пациентов с неотложными состояниями в связи с закрытием хирургического отделения городской больницы.

Заведующий отделением совместно со старшей медицинской сестрой определили потребность в перевязочном материале, дезинфицирующих средствах, стерилизационном оборудовании для бесперебойной работы отделения, чтобы затем обсудить возможности закупки необходимых материалов или их передачи городской больницей.

Задание:

1. Какая функция менеджмента была реализована заведующим отделением и старшей медицинской сестрой? Выберите из перечисленных ниже управленческих функций наиболее соответствующую данной ситуации и обоснуйте сделанный выбор:

- планирование;
- организация;
- координация;
- мотивация;
- контроль.

Задача № 4

Гражданка Н. приехала на отдых в другой город, где внезапно заболела. С высокой температурой, имея на руках страховой медицинский полис, она обратилась в медицинскую организацию, где ей отказали в оказании бесплатной медицинской помощи.

Задание:

1. Каким законодательным документом определено право на получение бесплатной медицинской помощи гражданам РФ?

2. Какие документы необходимо иметь на руках, кроме страхового медицинского полиса, для получения бесплатной медицинской помощи не по месту проживания?

3. В какую организацию необходимо обратиться для защиты прав застрахованных?

4. Между какими участниками обязательного медицинского страхования должны быть произведены взаиморасчеты за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам?

Задача № 5

Пациент N на 3-и сутки от начала заболевания обратился в поликлинику. Врач признал его нетрудоспособным и направил на лечение в стационар.

Задание:

1. Из предложенных ниже вариантов укажите правильный порядок оформления листка нетрудоспособности и обоснуйте свой ответ:

- листок нетрудоспособности выписывает лечащий врач поликлиники с момента обращения к нему, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента обращения и закрывает его в день госпитализации, врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации;
- врач поликлиники открывает листок нетрудоспособности с момента заболевания, продлевает врач стационара на весь период госпитализации;
- врач поликлиники выписывает листок нетрудоспособности с момента заболевания и закрывает днем, предшествующим госпитализации; врач стационара выписывает новый листок нетрудоспособности на весь период госпитализации.

ПК-10. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

Тестовые задания

1. Факторы риска для здоровья – это:

1) факторы, не являющиеся непосредственной причиной определенной болезни, но увеличивающие вероятность ее возникновения

2) неуправляемые неблагоприятные экзогенные и эндогенные факторы

управляемые неблагоприятные экзогенные и эндогенные факторы

3) факторы, влияющие на здоровье человека: генетические, экологические, медицинские

4) факторы, не соответствующие генетически обусловленным типологическим особенностям и конкретным условиям жизни человека, влияющие на полноценное выполнение его социально-биологических функций

2. Укажите показатели, используемые для оценки индивидуального здоровья:

1) ресурсы

2) потенциал

3) баланс

4) заболеваемость

5) инвалидность

3. Укажите формы оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению:
1) плановая
2) неотложная
3) внеплановая
4) платная
5) бесплатная

4. Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению в качестве:
1) плановой
2) неотложной
3) внеплановой
4) платной
5) бесплатной

5. Укажите виды статистического наблюдения по времени:
1) текущее
2) единовременное
3) сплошное
4) контрольное
5) выборочное

6. Укажите название графического изображения определенных показателей, нанесенного на карту в виде столбиковых, секторных, фигурных и других диаграмм?
1) картограмма
2) плоскостная диаграмма
3) картодиаграмма
4) объемная диаграмма
5) комбинированная диаграмма

7. Медицинская информация – это:
1) данные о здоровье населения, системе самого здравоохранения, медицинской науке и смежных с ней науках, социальной и физической внешней среде
2) уникальный вид ресурсов о здоровье населения, который с развитием человечества не только не истощается, но и качественно совершенствуется
3) информационные ресурсы составляющие основную часть интеллектуального потенциала общества, определяемого накоплением, распределением и практической реализацией знаний о здоровье населения
4) информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе (названии) его заболевания, средствах и методах лечения, возможном прогнозе заболевания, а также иные сведения, полученные при обследовании и лечении пациента

8. Телемедицинские технологии – это:
1) совокупность информационных, коммуникационных и медицинских технологий для реализации средств дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной медицинской информацией
2) предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии

3) отрасль медицины, использующая компьютерные и телекоммуникационные технологии для обмена медицинской информации между врачами с целью повышения качества диагностики и лечения пациентов

4) технология предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором

5) использование телекоммуникаций для связи медицинских специалистов с клиниками, больницами, врачами, оказывающими первичную помощь, пациентами, находящимися на расстоянии, с целью диагностики, лечения, консультации и непрерывного обучения

9. Технология «Управление в исключительных случаях основана:
1) на приоритете конечных результатов над планированием
2) на приоритете взаимодействие между руководителем и подчиненным
3) на приоритете контроля и жесткого управления персоналом
4) на приоритете профессионализма исполнителей
5) на приоритете экономико-математических методов

10. Системное свойство управленческого решения – это:
1) коллегиальность
2) плановость
3) комплексность
4) актуальность
5) последовательность разработки

Ситуационные задачи

Задача № 1

При проведении проверки инфекционного отделения медицинского учреждения специалистами Территориального отдела управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ленинградской области (далее - Территориальный отдел) в Н. и М. районах выявлены нарушения соблюдения СанПиН 2.1.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Во исполнение предписания Территориального отдела от 14.11.2017 № 067421 в инфекционном отделении запланировано проведение ремонтных работ для устранения нарушений в установленные предписанием сроки (с 01.06.2018 по 03.09.2018).

Задание:

1. Каким образом следует организовать медицинскую помощь инфекционным больным в период проведения ремонта инфекционного отделения?

Задача № 2

Пациент Н., 35 лет, доставлен в приёмное отделение городской больницы бригадой скорой помощи с жалобами на головокружение, тошноту, боли в груди и в области ключицы.

При осмотре: левое веко отечное, багрового цвета, из носовых ходов кровянистые выделения, верхняя губа разбита, на руках ссадины. Пациент утверждает, что упал с лестницы.

Врач понимает, что признаки повреждений носят явно криминальный характер.

Задание:

1. Следует ли врачу сообщить в полицию о поступлении в больницу такого пациента?
2. Будет ли считаться обращение врача в полицию несоблюдением врачебной тайны?

Задача № 3

Хирургическое отделение больницы отличают от других отделений хорошие показатели в работе, сплоченный и дружный коллектив, высокий профессионализм врачей. Заведующий отделением пенсионного возраста подготовил достойную замену - опытного

хирурга, обладающего организационными способностями, пользующегося уважением коллег и пациентов, компетентного, умеющего самостоятельно принимать медицинские решения. Но главный врач, не учитывая интересов и пожеланий коллектива, на освобождающуюся должность пригласил хирурга из другой больницы.

Хирург, подготовленный и рекомендованный на должность заведующим отделением, уволился из больницы.

Задание:

1. Какова главная причина увольнения хирурга? Выберите из перечисленных ниже вариантов наиболее соответствующий данной ситуации и обоснуйте ответ:

- невозможность наиболее полно реализовать свои знания, способности, навыки;
- обида на главного врача;
- страх потерять уважение коллектива;
- нереализованные потребности в причастности и принадлежности;
- нереализованные потребности в признании и самоутверждении.

Задача № 4

На территории городской больницы № 14 Санкт-Петербурга произошла авария на водопроводных сетях. Отсутствует водоснабжение в отделении круглосуточного стационара.

Задание:

1. Должна ли медицинская организация ликвидировать аварию своими силами?
2. Каким образом следует организовать ремонтные работы и их оплату?
3. Считается ли это чрезвычайной ситуацией и какие меры следует принять?
4. Каким образом следует провести закупку работ для ликвидации аварии?

Задача № 5

Пациент находился в стационаре с целью проведения косметической операции.

Задание:

1. В каких случаях пациенту будет выдан листок нетрудоспособности? Дайте оценку предложенных вариантов и обоснуйте правильный ответ:

- со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по желанию;
- со дня госпитализации для проведения косметической операции по медицинским показаниям;
- со дня косметической операции, проведенной по желанию;
- со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по медицинским показаниям;
- со дня госпитализации для проведения косметической операции по желанию.

Решение:

1. Листок нетрудоспособности пациенту, находившемуся в стационаре по поводу проведения косметической операции, будет выдан со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по желанию, или со дня госпитализации для проведения косметической операции по медицинским показаниям.

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Тестовые задания

1. Актуальность подготовки специалистов в области организации здравоохранения обусловлена следующими факторами:

1) политикой государства в области здравоохранения
2) политикой государства в области образования
3) повышением конкурентоспособности специалиста
4) созданием системы многоуровневого образования специалистов в области

организации здравоохранения

5) организацией научно-методической и практической помощи медицинским специалистам и учреждениям в области здравоохранения

2. Назначение квалификационных характеристик должностей работников в сфере здравоохранения:

1) Применяются в качестве нормативных документов.

2) Являются основой для разработки должностных инструкций.

3) Организация подбора и расстановки кадров.

4) Устанавливают перечень основных прав работника, занимающего данную должность с учетом полученного профессионального образования.

5) Диверсификация нормативов регламентации труда работников для обеспечения единого подхода к подбору персонала соответствующей квалификации.

3. Осуществление права каждого спасателя на проведение медицинской реабилитации – это:

1) основной принцип медицинской реабилитации

2) основная задача медицинской реабилитации

3) основной критерий медицинской реабилитации

4) основное правило медицинской реабилитации

5) основная составляющая медицинской реабилитации

4. Поддержание высокой работоспособности спасателей при ликвидации чрезвычайных ситуаций– это:

1) основной принцип медицинской реабилитации

2) основная задача медицинской реабилитации

3) основной критерий медицинской реабилитации

4) основное правило медицинской реабилитации

5) основная составляющая медицинской реабилитации

5. Назовите основные методы изучения заболеваемости населения:

1) по статистическим талонам; по данным о причинах смерти; по историям болезни

2) по листкам нетрудоспособности; по амбулаторным картам; по данным медицинских осмотров

3) по данным обращаемости за медицинской помощью; по данным медицинских осмотров; по данным о причинах смерти

4) по данным переписи населения; по талонам на прием к врачу; по историям болезни

5) по статистическим картам выбывших из стационара; по контрольным картам диспансерного наблюдения; по данным обращаемости за медицинской помощью

6. Что характеризует показатель общей заболеваемости?

1) удельный вес того или иного заболевания среди населения

2) степень изменения уровня заболеваемости во времени

3) исчерпанная заболеваемость населения

4) распространенность заболеваний среди населения

5) распространенность социально значимых заболеваний

7. Назначение приборно-компьютерных систем:

1) информационная поддержка и/или автоматизация диагностического и лечебного процесса, осуществляемых при непосредственном контакте с организмом больного

2) диагностика патологических состояний, включая прогноз и выработку рекомендаций по способам лечения, при заболеваниях различного профиля

3) представления в объективной форме и организации совокупности данных,

систематизированных таким образом, чтобы эти данные могли быть найдены и обработаны с помощью ЭВМ

4) автоматизация технологического процесса для врача соответствующей специальности и обеспечения информационной поддержки при принятии диагностических и тактических врачебных решений

8. Укажите функции управления ЛПУ, которые поддерживают современные информационные системы:

1) планирование
2) премирование
3) учет
4) анализ
5) распределение
6) регулирование

9. Назовите общие принципы управления:

1) принцип регламентации
2) принцип оптимальности
3) принцип формализации
4) принцип приоритета цели
5) принцип соответствия
6) принцип оптимального сочетания

10. Назовите частные принципы управления:

1) принцип регламентации
2) принцип оптимальности
3) принцип формализации
4) принцип приоритета цели
5) принцип соответствия
6) принцип оптимального сочетания

Ситуационные задачи

Задача № 1

Гражданин Н. обратился в частную клинику за медицинской помощью к терапевту с выраженными болями, отеком и покраснением кожи в области правого коленного сустава. Клиника, в которую обратился пациент, не имеет прикрепленного населения, но входит в перечень организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках ОМС по профилям – терапия, неврология, хирургия. Гражданин Н. был настроен на получение платной услуги – консультации терапевта (не зная, что услугу он может получить и по ОМС, при записи по телефону он не был об этом проинформирован).

С гражданином Н. был заключен договор на оказание платной услуги, оформлено добровольное информированное согласие по форме, утвержденной приказом Минздрава России № 1177н. Услуга пациентом оплачена. Дополнительной информации и уведомлений пациент не получал. После осмотра терапевта с диагнозом: Острый синовит правого коленного сустава пациент направлен на консультацию травматолога-ортопеда. Общее состояние пациента не страдало, температура тела была нормальной. Заключен договор на консультацию травматолога-ортопеда и произведена оплата услуги.

Травматолог-ортопед принял решение о проведении пункции коленного сустава с забором материала на клиническое и бактериологическое исследование, которая была проведена незамедлительно. При этом пациент не был предупрежден о том, что эта услуга и лабораторные исследования необходимо будет оплатить дополнительно, информированного согласия на медицинское вмешательство (пункцию коленного сустава) пациент не подписывал. Пациент вынужден был оплатить услуги в полном объеме.

Задание:

1. Какие ошибки были допущены регистраторами при записи пациента на прием к терапевту и заключении договора на платную услугу?

2. Необходимо ли было заключение отдельного информированного согласия на инвазивное вмешательство на приеме у травматолога-ортопеда?

3. Какие правила оказания платных услуг нарушил травматолог-ортопед?

4. Имел ли пациент право не оплачивать дополнительные услуги – пункцию сустава и лабораторное исследование пунктата?

Задача № 2

Пациентка Н., направленная для лечения в кардиологический центр, при выборе лечащего врача попросила заведующего отделением предоставить данные о квалификации интересующего ее специалиста. В просьбе пациентки заведующий отделением отказал, объяснив свой отказ тем, что личные данные сотрудников не подлежат разглашению.

Задание:

1. Какое право пациентки было нарушено?

Задача № 3

Крупная многопрофильная больница служит клинической базой научно-образовательных учреждений города. Многие годы показатели ее деятельности намного превосходят аналогичные показатели других медицинских учреждений. Однако, они могут быть еще лучше. Для повышения медицинской эффективности учреждения главный врач поручает своим заместителям разработать и внедрить систему контроля качества медицинской помощи.

Задание:

1. Раскройте содержание функции контроля.

2. Назовите основные этапы (фазы) процесса контроля и их содержание.

Задача № 4

Специалисты консультативной поликлиники государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ГБУЗ) до 2018 г. осуществляли лабораторную диагностику на базе лабораторно-диагностического отделения ГБУЗ. Широкое внедрение стационарозамещающих технологий и увеличение объемов амбулаторно-поликлинической помощи потребовали расширения спектра лабораторных исследований для осуществления своевременной и точной диагностики заболеваний. Перечень видов лабораторных исследований в ГБУЗ ежегодно расширяется. Однако в связи с отсутствием необходимого оборудования многие исследования остаются недоступными, прежде всего, для диагностики аутоиммунных заболеваний, определения гормонального профиля, серологической диагностики ряда заболеваний (цитомегаловируса, вируса Эбштейн-Барра, хламидий, микоплазмы, глистно-паразитарных заболеваний и др.), лекарственного мониторинга, определения специфических JgE к пищевым и бытовым аллергенам.

Задание:

1. Установите перечень и объемы необходимых лабораторных исследований, укажите основания для их определения.

Задача № 5

Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Задание:

1. Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора:

- летальность;
- процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;

- средняя длительность пребывания больного в стационаре;
- исходы заболеваний.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.4 Педагогика

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	26
Тестовые задания	100
Ситуационные (клинические) задачи	18

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

Типовые контрольные вопросы к зачету

а) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. История возникновения педагогической деятельности как профессии.
2. Типы образовательных учреждений, характерные для различных исторических периодов жизни человека.
3. Общее и различное между понятиями: педагоги, жрецы, дидаскалы, педономы, педотрибы, грамматики.
4. Показать отличия профессиональной педагогической деятельности от непрофессиональной.
5. Охарактеризовать личностно-творческий компонент профессиональной педагогической культуры.
6. Выделите наиболее существенные особенности педагогической деятельности, отличающие ее от любой другой профессиональной деятельности.
7. Проблемы целостности учебно-воспитательного процесса.
8. Система образования и ее компоненты
9. Основные принципы государственной политики в области образования.
10. Общие требования к содержанию образования (Закон РФ «Об образовании»).
11. Основные категории педагогики и их соотношение
12. Государственное управление образовательными системами. Взаимодействие социальных институтов в управлении образовательными системами.
13. Принципы, формы и методы управления образовательными системами.
14. Понятие «организация» и «система». Классификация систем. Виды организаций.
15. Аксиологический компонент педагогической культуры.

б) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

16. Спектр педагогических специальностей и занимаемых педагогами должностей
17. Результаты обучения: диагностика, текущий и итоговый контроль.
18. Современные модели организации обучения.
19. Сущность методологии педагогики и уровни методологического знания
20. Основные методы обучения: общая характеристика. Правила выбора методов обучения.

21. Классификация средств обучения.

в) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

22. Проблема развития познавательной активности учащихся.
23. Социально-психологический климат в педагогическом коллективе и его функции.
24. Причины и особенности конфликтов в педагогическом коллективе.

г) Вопросы и для оценки сформированности элементов компетенции ПК-9:

25. Гуманистическая природа и творческий характер педагогического труда.
26. Сущность социальной миссии и профессиональных функций педагогической деятельности.

Тестовые задания
а) тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. Педагогика – это наука о

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	воспитании и обучении человека в современном обществе	
б	способах научного познания	
в	психологических особенностях личности	
г	физиологических закономерностях развития личности	
д	подготовке учителя к работе в школе	

2. Объектом педагогики является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	учение о принципах построения теории	
б	методы педагогического исследования	
в	психологические особенности личности	
г	педагогический процесс	
д	междисциплинарные связи человекознания	

3. Развитие педагогики как науки определяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	уровень научно-технического прогресса	
б	управление работой педагогов-практиков	
в	необходимость передачи социального опыта	
г	наследие предшествующих цивилизаций	
д	повышение роли личности в общественной жизни	

4. Факторы, влияющие на постановку цели воспитания

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	возможности учебно-воспитательных заведений	

б	идеалы родителей в отношении детей	
в	потребности общества в человеческих ресурсах	
г	интересы педагогов общеобразовательной школы	
д	стремление учащихся приобрести профессию	

5. В переводе с греческого педагогика означает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	детовождение	
б	воспроизведение	
в	управление	
г	закрепление	
д	повторение	

6. Что включают в себя требования к результатам общего образования, структурированные по его ключевым задачам, согласно концепций федеральных государственных образовательных стандартов общего образования?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	предметные, метапредметные и личностные результаты	
б	личностные, регулятивные, познавательные и коммуникативные результаты	
в	знания, умения, навыки, опыт решения проблем, опыт творческой деятельности	

7. Определить содержание обучения – значит ответить на вопрос

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	зачем учить	
б	кого учить	
в	чему учить	
г	как учить	
д	сколько учить	

8. Методы обучения в дидактике позволяют ответить на вопрос

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	зачем учить	
б	чему учить	
в	как учить	
г	когда учить	
д	где учить	

9. Индивидуальный показатель скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в процессе обучения есть

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	образованность	
б	воспитанность	
в	обучаемость	
г	одаренность	
д	способность	

10. Термин «принцип обучения» означает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	дидактические законы	
б	правила	
в	дидактические закономерности	
г	руководящие идеи, нормативные требования к организации и проведению педагогического процесса	

11. Воспитание – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	привитие соответствующих норм и правил поведения	
б	работа с детьми в учебно-воспитательном учреждении	
в	процесс целенаправленного, систематического формирования полноценной личности в целях подготовки ее к активному участию в общественной, производственной и культурной жизни.	
г	развитие творческих сил и способностей человека	
д	передача знаний, умений, навыков	

12. Образование – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	результат целенаправленных взаимоотношений между учителем и учащимися	
б	эффективное применение на практике накопленных научных знаний	
в	развитие мировоззрения, нравственных и других качеств личности	
г	процесс и результат обучения и воспитания	
д	результат профессиональной подготовки личности	

13. Обучение – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	деятельность человека с определенной целью	
б	процесс и результат усвоения знаний, умений, навыков	
в	влияние внешних и внутренних факторов на процесс формирования личности	
г	формирование личностных качеств	
д	процесс управления под руководством учителя	

14. Самообразование – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	саморазвитие личностных качеств	
б	учебный процесс под руководством педагога	
в	процесс и результат целенаправленной познавательной деятельности человека	
г	самосовершенствование с помощью массово-информационной среды	

15. Личность – это совокупность:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	социальных и личностных качеств, определяющих его общественную сущность	

б	моральных, профессиональных качеств	
в	нравственных, морфологических качеств	
г	индивидуальных и социальных качеств	
д	личностных и индивидуальных качеств	

16. Принцип доступности обучения – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	учет индивидуальных и возрастных особенностей учащихся	
б	соответствие содержания и объема учебного материала возрастным и индивидуальным особенностям учащихся	
в	соответствие процесса обучения уровню знаний учащихся	
г	учет связи процесса обучения с жизнью	
д	соответствие процесса обучения интересам учащихся	

17. Целостно-педагогический процесс:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	единство воспитания и обучения	
б	взаимодействие школы, семьи и общественности	
в	целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся с целью усвоения культурных ценностей и подготовки к жизнедеятельности	

18. Основные элементы целостного педагогического процесса:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	структура, направление, содержание	
б	цель, ход урока, наглядность	
в	цель, задачи, содержание, формы, методы, результат	
г	учебный предмет, ученик, учитель	
д	тема урока, цель, ход урока, проверка знаний	

19. Латинское слово «парадигма» в педагогике означает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	модель	
б	направление	
в	пример	
г	инструкция	
д	проект	

20. Особенности педагогического труда:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	постоянное взаимоотношение с детьми	
б	духовное богатство	
в	познавательный кругозор	
г	творческий поиск	
д	планирование учебно-воспитательной работы	

21. Преподавание – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	передача учащимся знаний, умений, навыков	
б	управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач	
в	управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых	
г	реализация принципа связи теории и практики	
д	реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых	

22. Образовательные программы разрабатываются на основе:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	концепции образования	
б	программы развития образования	
в	закона об образовании	
г	образовательного стандарта	

23. Основной метод воспитания – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	убеждение	
б	слово учителя	
в	приучение	
г	пример	

б) тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

24. Методы педагогического исследования – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	способы формирования личностных качеств	
б	способы усвоения новых знаний	
в	способы решения проблемных задач	
г	способы познания объективной реальности	
д	способы изучения педагогических явлений	

25. Позиция педагога – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	готовность к педагогической деятельности	
б	научно-теоретическая подготовка	
в	система отношений к педагогической деятельности	
г	умение планировать процесс обучения	
д	ориентация в различных отраслях науки	

26. Форма воспитания – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	организационная структура,	
б	педагогическое действие	

в	варианты организации конкретного воспитательного акта	

27. Методы воспитания – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	самоанализ, самооценка, самоконтроль, саморегуляция, самоосуждение	
б	способы достижения цели воспитания	
в	ситуации доверия, контроля, саморегуляция	
г	состязания, показ образцов и примера, создание ситуаций успеха	

28. Воспитание, осуществляемое в целях укрепления здоровья человека и достижения правильного физического развития:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	физическое воспитание	
б	валеология (лечебная педагогика)	
в	профессиональный спорт	
г	подготовка спортсмена	
д	закаливание	

29. Какие условия являются необходимыми для успешной учебной деятельности правополушарных учащихся?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	связь информации с реальностью, практикой, преимущественно творческие задания, использование контекста	
б	неоднократное повторение учебного материала, тишина на уроке, абстрактный линейный стиль изложения информации	
в	детальное изложение материала, преобладание гештальта (образов), технологизация процесса обучения	

30. Методы обучения, при которых источником знаний является устное или печатное слово – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	словесные	
б	наглядные	
в	практические	
г	иллюстрационные	
д	демонстрационные	

31. Владение способами применять усвоенные знания на практике называется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	умениями	
б	образованностью	
в	воспитанностью	
г	обученностью	
д	знаниями	

32. Основные компоненты образования

Поле для	Варианты ответов	Поле для

выбора ответа		отметки правильного ответа ()
а	знания, умения, навыки	
б	знания, способности, мышление	
в	умение, задатки, склонности	
г	навыки, умения, сознание	
д	мышление, психика, память	

33. Метод обучения, при котором учащийся сам ставит проблему, находит пути ее решения, оформляет и представляет результат, называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	эвристическим	
б	репродуктивным	
в	проектным	
г	проблемным	
д	эвристическим	

34. Дидактика – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	раздел педагогики, изучающий проблемы управления учебными заведениями	
б	раздел педагогики, изучающий процесс воспитания	
в	отрасль педагогики, разрабатывающая теорию обучения и образования	
г	наука о закономерностях развития личности	
д	наука о подрастающем поколении	

35. Правило: «от легкого к трудному» относится к принципу

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	доступности	
б	научности	
в	последовательности и систематичности	
г	связь теории с практикой	
д	наглядности	

36. Основное правило, руководящая идея построения процесса обучения, согласно установленным закономерностям:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	закономерностью	
б	законом	
в	движущей силой обучения	
г	принципом	
д	закономерностью	

37. Процесс научного познания характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	вооружением учащихся опытом и знаниями, добытым	
б	наличием непосредственного руководства со стороны учителя	

в	усвоением субъективно новых знаний	
г	открытием новых фактов и законов развития окружающего мира	

38. Креативность – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	проявление творческих способностей	
б	качества ума	
в	способ релаксации	
г	соактивность	

39. Компоненты практической деятельности, проявляющиеся при выполнении необходимых действий, доведённых до совершенства путём многократных упражнений, – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	навыки	
б	умения	
в	знания	
г	способности	

40. Наглядными методами обучения является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	составление таблиц, графиков, диаграмм	
б	графические работы, лабораторные работы, упражнение	
в	беседа, рассказ, школьная лекция, инструктаж	
г	самостоятельные наблюдения, иллюстрация, демонстрация	

41. К формам организации процесса обучения не относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	экскурсия	
б	наблюдение	
в	урок	
г	факультативные занятия	
д	домашняя работа	

42. Классификация методов по характеру познавательной деятельности:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	индуктивные и дедуктивные	
б	словесные, наглядны, практические	
в	объяснительно-иллюстративные, репродуктивные, проблемные	
г	метод первичного освоения материала, закрепление, выработка умений и навыков, проверка и оценка	
д	метод контроля	

43. Домашняя работа по овладению изучаемым материалом характеризуется:

Поле для выбора	Варианты ответов	Поле для отметки

ответа		правильного ответа ()
а	наличием учебного задания и самостоятельной работой учащихся по выполнению этого задания	
б	самостоятельной работой учащихся по выполнению задания	
в	совершенствованием учебных умений и навыков	
г	усвоением учебного материала	
д	отсутствием непосредственного руководства учителя	

44. Многократное выполнение учебных действий с целью отработки умений и навыков – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	дискуссия	
б	практическая работа	
в	упражнение	
г	лабораторная работа	
д	устный опрос	

45. Основной вид деятельности учащихся, без которого невозможно обеспечить обучение – это;

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	трудовая деятельность	
б	игровая деятельность	
в	общественно-полезная деятельность	
г	учебно-познавательная деятельность	
д	умственная деятельность	

46. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушением слуха:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	сурдопедагогика	
б	дефектология	
в	олигофренопедагогика	
г	логопедия	
д	тифлопедагогика	

47. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушениями зрения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	дефектология	
б	логопедия	
в	олигофренопедагогика	
г	сурдопедагогика	
д	тифлопедагогика	

48. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с отклонениями в умственном развитии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	тифлопедагогика	
б	олигофренопедагогика	
в	сурдопедагогика	

г	дефектология	
д	логопедия	

49. Отрасль педагогики, рассматривающая обучение и воспитание детей с нарушением речи:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	логопедия	
б	олигофренопедагогика	
в	тифлопедагогика	
г	сурдопедагогика	
д	дефектология	

50. Типы проектов в соответствии с доминирующей в проекте деятельностью:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	монопроекты (возможно, тоже верный вариант)	
б	исследовательские	
в	межпредметные	
г	недельные	

51. От родителей к детям наследственно передаются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	тип нервной системы	
б	волевые качества	
в	образ жизни	
г	черты характера	
д	нравственные качества	

52. Дефектология:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	воспитание детей с нарушением слуха	
б	воспитание детей с нарушением органов зрения	
в	воспитание детей с нарушением развития речи	
г	отрасль педагогики, изучающая воспитание детей с отклонениями в развитии	
д	раздел педагогики, изучающий воспитание детей с девиантным поведением	

53. Движущей силой учебного процесса является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	противоречие между учебными задачами и наличным уровнем знаний учащихся	
б	волевые качества учителя	
в	осознание учащимися необходимости овладеть знаниями, умениями и навыками	
г	последовательная смена ведущих видов учебной деятельности учащихся	
д	дидактические способности учителя	

54. Поощрение и наказание – метод:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного

		ответа ()
а	стимулирующий	
б	словесный	
в	поисковый	
г	наглядный	
д	практический	

55. Реферат – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	краткое изложение в письменном виде или в форме публичного выступления содержания изученного источника	
б	завершенное научное исследование	
в	получение информации о характере познавательной деятельности	
г	совет, даваемый специалистом	
д	краткое, письменное изложение статьи	

56. Поощрение – это метод:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	организации коллективной деятельности ребенка	
б	общественного требования к обучающемуся	
в	стимулирования поведения	
г	коллективного требования к ребенку	

57. Форма получения образования, где в ходе образования постоянно существует связь «обучаемый-преподаватель» называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	самообразование	
б	очная	
в	заочная	

58. Метод обучения, обеспечивающий усвоение учебного материала путем самостоятельных размышлений, поиска, «открытия»:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	рассказ	
б	объяснение	
в	решение проблемы	
г	частично-поисковый метод	

59. Впервые термин «дидактика» ввел:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	Я.А. Коменский	
б	В. Ратке	
в	Ж.Ж. Руссо	
г	И.Г. Песталоцци	

60. Методы обучения в дидактике позволяют ответить на вопрос:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	зачем учить	
б	чему учить	
в	как учить	
г	когда учить	

61. Наглядные методы обучения условно можно разделить на 2 группы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	иллюстрация и демонстрация	
б	беседа и демонстрация	
в	семинар и наблюдение	
г	словесные и наглядные	

62. Получение информации о состоянии педагогического процесса с помощью совокупности методов, приемов, способов – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	педагогический мониторинг	
б	педагогическая диагностика	
в	педагогическая рефлексия	
г	педагогический менеджмент	

63. Наказание – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	метод воспитания, проявляющийся в форме требования	
б	управление деятельностью ученика при помощи разнообразных повторяющихся дел	
в	способ воздействия на воспитанника с целью прекратить его отрицательные действия	
г	воздействие на знание учащихся с целью разъяснения фактов и явлений жизни	

64. Воспитательный процесс – это процесс:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	взаимодействия	
б	воздействия	
в	рефлексии	
г	действия	

65. Идея целостности воспитательного процесса на практике реализуется через:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	культурологический подход	
б	психологический подход	
в	индивидуальный подход	
г	комплексный подход	

66. Мониторинг в педагогике – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	часть операционной системы	
б	технические средства обучения	
в	углубленное изучение	
г	наблюдение, оценка и прогноз образовательного процесса	

67. Категорией дидактики является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	нравственное развитие	
б	процесс обучения	
в	цель воспитания	
г	социализация личности	
д	воспитание	

в) тесты для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

68. Факторы развития личности

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	наследственность, среда, воспитание, самовоспитание	
б	интерес к учебе, уровень достижений	
в	уровень знаний по учебным дисциплинам	
г	статусное положение личности в коллективе	
д	методы обучения и воспитания	

69. Главной движущей силой воспитания являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	противоречие индивидуального морального сознания	
б	противоречие общественного развития	
в	противоречие между умственным и физическим трудом	
г	противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями	
д	расхождение ценностных ориентаций	

70. Закономерность воспитания – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	общее руководящее положение, требующее последовательности действий при различных обстоятельствах	
б	адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами	
в	варианты организации конкретного воспитательного процесса	
г	управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел	
д	условия и предпосылки воспитательного процесса	

71. Методы воспитания – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	общие исходные положения, которыми руководствуется педагог	
б	способы достижения цели воспитания	
в	предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач	
г	внешнее выражение процесса воспитания	
д	варианты организации конкретного воспитательного процесса	

72. Поощрение – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения	
б	неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности	
в	привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений	
г	эмоционально-словесное воздействие на воспитанников	
д	яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий	

73. Семья – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	брак двух людей	
б	начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности	
в	образование, в котором человек целиком проявляется во всех отношениях	
г	социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей	
д	малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой	

74. Кризис современной семьи характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	резким изменением социального фона и медленной адаптации семьи к новым социально-экономическим условиям	
б	сужением кругозора родителей	
в	преобладанием гражданских браков	
г	свободой заключения и расторжения брака	
д	резким падением авторитета и роста конфликтности с ними	

75. Двусторонний характер обучения проявляется в тесном взаимодействии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	самообразования и учения	
б	ученика и класса	
в	семьи и школы	
г	преподавания и учения	
д	образования и воспитания	

76. Начать беседу лучше:

Поле для	Варианты ответов	Поле для

выбора ответа		отметки правильного ответа ()
а	с вопросов, по которым есть разногласия	
б	с вопросов, по которым есть согласие	

77. Использование дополнительных форм обучения обусловлено тем, что:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	уроки дают лишь часть знаний	
б	они дополняют и развивают классно-урочную систему	
в	уроки скучны и надо их разнообразить	
г	внеурочные формы способствуют выработке свободных действий	
д	внеурочные занятия позволяют сделать занятия более интересными	

78. Целенаправленный процесс передачи информации, специфическая форма взаимодействия людей в процессах их познавательно-трудовой деятельности называется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	коммуникацией	
б	коммуникативной компетентностью	
в	неформальным общением	

79. Орган коллегиального управления стратегией развития педагогического процесса на научной основе является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	заседания	
б	педагогический совет образовательного учреждения	
в	методсовет	
г	производственное совещание	
д	предметное объединение	

80. Коммуникационное взаимодействие между индивидами без использования слов (передача информации или влияние друг на друга через интонации, жесты, мимику, пантомимику), представленных в прямой или какой-либо знаковой форме, называется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	невербальным общением	
б	интерактивным общением	
в	вербальным общением	

81. Аттестация педагогов проводится с целью:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	совершенствования теоретической подготовки учителя	
б	методической подготовки учителей	
в	выявления реального уровня их профессионального мастерства	
г	самообразовательной работы учителей	

82. Определите по описанию стиль педагогической деятельности: «Стремление педагога минимально включаться в деятельность, использование практики невмешательства, снятие с себя ответственности за

результаты обучения, незаинтересованность проблемами как школы, так и учащихся»

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	попустительский	
б	демократический	
в	авторитарный	

83. В чем заключается регулятивная функция педагогического общения?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	в обеспечении реального психологического контакта с учащимися, процесса познания, взаимопонимания, обмена материальными и духовными ценностями, развития познавательной направленности личности	
б	в развитии организационных и организаторских качеств личности, коммуникативных, гностических, функциональных и других способностей и умений детей через активное участие в роли исполнителя или организатора различных видов деятельности	
в	в выборе и применении форм, средств, методов, приемов контроля достижений и недоработок учащихся с целью корректировки их обучения и воспитания	

84. Педагогический такт:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	взаимодействие взрослых и детей	
б	соблюдение педагогом принципа меры в общении с детьми в самых разнообразных сферах деятельности, умение выбрать правильный подход к учащимся.	
в	мера воспитательного воздействия	
г	внешнее проявление внутреннего мира человека	
д	активная форма взаимодействия со средой	

85. «Команда», «указание», «выговор» свойственны следующему стилю педагогического общения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	авторитарный	
б	демократический	
в	либеральный	
г	сотрудничество	
д	взаимопонимание	

86. «Просьба», «консультация», «соглашение» свойственны следующему стилю педагогического общения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	оппозиционный	
б	авторитарный	
в	либеральный	
г	демократический	
д	нейтральный	

87. Стиль поведения педагога, не принимающего участия в жизни коллектива:

Поле для	Варианты ответов	Поле для

выбора ответа		отметки правильного ответа ()
а	демократический	
б	либеральный	
в	авторитарный	
г	оппозиционный	
д	сотрудничество	

88. Эффективный стиль управления педагогическим процессом:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	нейтральный	
б	либеральный	
в	авторитарный	
г	оппозиционный	
д	демократический	

89. Способности – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	выдающиеся достижения в деятельности	
б	отдельные знания, умения, навыки	
в	качества, передаваемые по наследству	
г	степень одаренности	
д	это свойства личности, являющиеся условиями успешного осуществления определённого рода деятельности	

90. Принцип параллельного воздействия в теории коллектива:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	сотрудничество семьи, школы, общественности	
б	взаимоотношения воспитателей и воспитанников	
в	влияние на воспитанника через коллектив	
г	влияние родителей и воспитателей на воспитанника	
д	влияние на волю, сознание и поведение воспитанника	

г) тесты для оценки сформированности элементов компетенции ПК-9:

91. Необходимость передачи социального опыта возникла

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	одновременно с появлением общества	
б	с появлением технических средств обучения	
в	в ходе разработки содержания образования	
г	с развитием педагогики как науки	
д	в результате создания классно-урочной системы	

92. Основными приемами самовоспитания являются:

Поле для выбора	Варианты ответов	Поле для отметки

ответа		правильного ответа ()
а	обобщенные способы действий, открывающие широкую ориентацию учащихся в различных предметных областях	
б	самоанализ, самооценка, самоконтроль, саморегуляция, самоосуждение	
в	система устойчиво характеризующих человека побуждений	

93. Принцип связи воспитания с жизнью, трудом предполагает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	обязательное участие всех детей и подростков в посильном производительном труде	
б	слаженность действий воспитателей и родителей	
в	борьбу с вредными привычками, ленью, разгильдяйством	
г	усвоение содержания образования	
д	взаимосвязь методов, средств и форм воспитания	

94. Самовоспитание – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам	
б	специально организованная познавательная деятельность	
в	процесс и результат целенаправленной деятельности человека в стремлении к совершенству	
г	воспитание правил хорошего тона и культуры поведения	
д	воспитание чувства национального достоинства	

95. Сопереживание, постижение эмоционального состояния, проникновение в переживания другого человека называется?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	релаксация	
б	рефлексия	
в	эмпатия	
г	инициация	

96. Что подразумевает гендерный подход в обучении?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	учёт физиологических, интеллектуальных, нравственных, эмоциональных, поведенческих различий между мальчиками и девочками	
б	реализацию обучения, направленного на раскрытие специфических закономерностей освоения знаний и умений взрослым субъектом учебной деятельности, а также особенности руководства этой деятельностью со стороны профессионального педагога	
в	ориентацию на жизненный успех, достижения в развитии каждого ученика и учителя, на развитие творческого потенциала и продление периода творческой деятельности человека, его социальную адаптацию в сложных условиях бытия	

97. Общая цель социально-психологического тренинга навыков здорового образа жизни:

Поле для выбора	Варианты ответов	Поле для отметки

ответа		правильного ответа ()
а	приобретение знаний;	
б	развитие установок, определяющих поведение	
в	повышение компетентности в общении	

98. Необходимость передачи социального опыта возникла в связи с?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	обновлением содержания образования	
б	развитием научно-технического прогресса	
в	возникновением человеческого общества	
г	развитием педагогической науки	

99. Привлечение всех органов чувств к восприятию учебного материала есть принцип:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	прочности	
б	научности	
в	систематичности и последовательности	
г	доступности	
д	наглядности	

100. Целенаправленный процесс формирования у подрастающего поколения ценностных отношений, сознательности и ответственности – это:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа ()
а	физическое воспитание	
б	нравственное воспитание	
в	трудовое воспитание	
г	эстетическое воспитание	

Ситуационные задачи

а)ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-1:

1. Студенты 1 курса на санитарской практике. Одна студентка возражает против уборки палаты, говорит, что ей не обязательно это делать, будущая ее профессия не будет связана с физическим трудом (врач). Руководитель в замешательстве, студентка учится на «отлично», примерно себя ведет, и вдруг такое заявление. Руководитель решает: «Иди к декану и решай вопрос с ним». Как необходимо поступить руководителю.

б)ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-2:

2. В первый класс пришли два мальчика близнецы Павлик и Эдик. Спустя некоторое время учительница заговорила о том, что ребята плохо развиты (можно сказать, дебильные). Завуч, исходя из бесед с ребятами, сделала вывод о том, что при работе с ними необходимо учитывать индивидуальные психологические особенности их развития, уделять им больше внимания на уроке в индивидуальном плане, давать дифференцированные задания. Об этом просила мать-инженер. Учительница была против. Ребята были показаны медико-педагогической комиссии, которая подтвердила доводы завуча, что знаний у ребят маловато, так как должного внимания им не уделялось. Им дали возможность во втором

классе обучаться второй год. Они попали в другие руки; повезло им и на классного руководителя с 4-го класса. Мальчики стали успевать. Эдик даже без троек. С радостью стали ходить в школу, заниматься спортом и успешно закончили школу. Объясните этот процесс с позиций **медицинской педагогики.**

3. Молодой педагог после прихода в класс сразу же выделил Сашу К., который отличался подвижностью, неуравновешенностью, обладал, казалось, неиссякаемой энергией, на уроке вертелся, разговаривал с соседями, но отвечал всегда правильно, хотя кратко, а класс смеялся при его ответах. Учительница хотела добиться идеальной дисциплины, ей это не удавалось в 5-м классе, поэтому свое негодование обрушила на Сашу. Не хотела, а быть может, не могла учесть возрастные психологические особенности развития ребенка, видеть в нем человека. Дело дошло до вызова родителей в школу, мальчик начал пропускать уроки этой учительницы, а потом все подряд. К концу года стал троечником. Дома у него сложились обстоятельства так, что семья переехала в другой район. Мальчик стал ходить в другую школу. Поначалу не ладилось дело с ним у нового классного руководителя, но он все-таки сумел найти подход к Саше, хотя стоило это немалого терпения, усилий, мальчик обрел веру в хорошего учителя и доброго понимающего человека. В этой школе зарекомендовал себя прилежным учеником. Объясните этот процесс с позиций медицинской педагогики.

4. Студентка резко сдала в учебе, увлеклась нарядами, танцами. Она избалована, капризна, с мнением одноклассников не считается. Конфликтует со всеми педагогами. Попытка педагогов, членов коллектива найти к ней подход и поправить положение дел, не удалась. Что предпринять тьютеру?

5. Молодой педагог проводит после окончания вуза свое первое занятие. Короткое знакомство с учащимися. Внимание привлек учащийся Ш., симпатичный паренек со смеющимися глазами. Студенты с интересом присматривается к педагогу. Слушают внимательно. И только Ш. усиленно развлекает своего соседа и смеется. Преподаватель довела рассказ до конца. Ш. не получил ни одного замечания. И вот учащимся задан вопрос. К доске вызван Ш. Он, несколько смутившись, но приняв независимый вид, выходит к доске и – прыскает от смеха. Руки у него в карманах. «Ш., Вам понятен вопрос?» –- спросила преподаватель доброжелательно. – «Понятен», – буркнул Ш., а сам продолжает смеяться глазами, а потом опять прыскает от смеха. Группа ждет, чем все это закончится...

в)ситуационные задачи для оценки сформированности элементов компетенции УК-3:

6. Как-то на перерыве студентка Л. очень метко подметила, что студент С. очень похож лицом на человека с диагнозом Марфана, изображенного в учебнике. Это подхватили учащиеся группы. У Л. и С. начались ссоры.

На занятии по немецкому языку, отвечая, Люда допустила оплошность. Группа засмеялась. С. захохотал громче всех. Люда взяла учебник, быстро открыла страницу с фотографией больного, показала С.. Тот побагровел и в адрес Л. сказал: «Тварь». Л. подошла к нему и ударила по щеке... найдите выход из сложившейся конфликтной ситуации.

7. Перед началом занятий по русскому языку педагогом на доске были написаны начала предложений. Их надо было продолжить учащимся. Предлагется задание - последовал взрыв смеха. Взгляд на доску - причина смеха ясна. Предложение: «Гаврик втащил Петю в подворотню и...» было продолжено словами «дал ему... (нецензурное слово)». Последовал вопрос педагога: «Кто это сделал?» Тишину разрезал голос внешне непривлекательной студентки, умной и способной, но она не пользовалась вниманием со стороны юношей. «Я», - как-то просто и серьезно ответила Таня К. Большинство студентов и педагог опешили: «Не надо жертв, Таня», - пытаясь найти правду, успокоил ее педагог. «И

Вы мне не верите?» - в слезах бросила она. «Верю, вытри слезы и доску», - как можно мягче попросил педагог. Она молча выполнила его просьбу. Для юношей она стала более привлекательной. Что произошло?

8. Студент занимался с большим нежеланием на уроках истории и обществоведения. Педагог не смогла найти контакта с учеником, часто грубо делала ему замечания по поводу его отношения к занятиям. Ученик в ответ на это намеренно нарушал дисциплину. Однажды он так вел себя на уроке, что учительница попросила его выйти из класса. Ученик отказался выполнить просьбу учительницы. Тогда она подошла к его столу, взяла портфель и выбросила в коридор. Ученик подошел к столу педагога, взял ее сумку и бросил вдоль аудитории. Объясните суть конфликта.

9. 8-й класс, урок химии; молодая учительница; трудный ученик С. демонстративно не слушает объяснение, мешает ей. Учительница делает одно замечание, другое – ученик не реагирует. Наконец, последнее, резкое по форме. Ученик поднимается и выходит из класса. Учительница берет его' портфель и приносит в учительскую, дабы ученик пришел за ним сам. Проходит день, второй, третий. Ученик на уроках, но без портфеля, к урокам не готов. «Сходи, возьми!» – «А я его туда не носил». Учительница тоже не берет портфель, не отдает его ученику, ждет, когда он сам придет, возьмет его и извинится перед ней. Ученик считает себя оскорбленным резким замечанием учителя. Выход…

10. Занятие по химии. Педагог молодая, хорошо знает предмет. К студентам требовательна. Порой грубовата. Контрольная работа. Педагог предлагает учащимся карточки-задания. Люба М., всегда исполнительная, спокойная, успевающая по химии посредственно (на «3», «4»), открывает учебник и начинает переписывать нужные ей положения, уравнения и т.п. Педагог спокойно говорит ей: «Люба, закрой учебник. Ведь мы готовились к этой работе». Студентка продолжает листать учебник и отвечает: «Я не все еще списала». Педагог уже требует закрыть учебник, но ученица спокойно продолжает работать с книгой. Тогда педагог просит ее сдать работу. Ученица дописала предложение «У сильного всегда бессильный виноват», сдала работу и вышла из аудитории. Как правильно поступить при анализе контрольной работы? Что сказать об этой работе и что поставить в журнал?...

11. Занятие по истории. Стоит сплошной шум, продолжается веселая жизнь перерыва, несмотря на то, что учитель уже несколько минут в классе. Класс в общем-то дисциплинированный, а весь корень зла в том, что один ученик не уважает учителя, но пользуется авторитетом у коллектива класса. Учитель пытается навести порядок, установить дисциплину, ученик не реагирует, тогда учитель приказывает ему удалиться. Ученик поднимается и с чувством достоинства выходит из класса, при выходе оскорбляет учителя. Учитель в пылу гнева бросает ему вслед резкое замечание. Как выйти из этой конфликтной ситуации.

12. Начальная информация: в школу пришла молодая учительница, биолог, с высшим образованием. Сначала все было хорошо. Во второй четверти в начале урока она не нашла в классе учеников. Они стояли в коридоре второго этажа и объясняли директору, что учительница относится к ним высокомерно, подчеркивает постоянно свои большие знания и свою учебу в институте, на каждом шагу старается показать ученикам, насколько они глупы. Как директор должен реагировать на обстановку?

13. В 8-й класс пришел новый ученик. Класс этот работоспособный, считается одним из лучших по учебе и дисциплине в школе. Но принимает «новенького» настороженно. Положение усугубляется тем, что в классе 24 ученика, все сидели парами. Классный руководитель не учел этого и посадил «новенького» за отдельный стол на «Камчатке», таким образом отделив его пространственно от других. Класс не принимает

«новенького», не конфликтует с ним, а как бы не замечает его. В конце концов классный руководитель обратил на это внимание и решил коренным образом исправить положение. К тому же пришли родители «новенького» и сообщили, что в той школе он хорошо учился, у него были хорошие друзья, а здесь он вечерами только и занимается, что поет песни во дворе с девчонками и ребятами подозрительного поведения, приходит поздно. Перед классным руководителем встала трудная задача. Каковы пути ее решения?

14. В одном из 9-х классов школы учится юноша. От рождения у него серьезная болезнь - эпилепсия. С возрастом он стал глубже понимать свой физический недостаток. У него повысилась агрессивность, раздражительность, обидчивость, отрицательно влияющие на учебу. Плохо посещал школу, не участвовал в общественной работе, учителям отвечал (на малейшее замечание) грубостью. Вся школа возмущалась его поведением. По сведениям учащихся и самих родителей, этот ученик дома обзывал своих родителей матерными словами. Перестроить психику ученика оказалось практически невозможным. Какие действия необходимо предпринять педагогу?

15. Учащийся умный, способный, учится на «4» и «5», вступил в конфликт с учителем химии. Предмет он знает, даже читает сверх программы. Один вопрос (внепрограммный) слушал на подготовительных курсах в институте, понял его неправильно. Этот же вопрос рассматривали в школе на уроке. Ученик имел о нем уже сложившееся представление (неверное). Поэтому объяснений учительницы не принял, хотя она была права. Он был уверен в правоте преподавателя института. На почве неверия в знания учителя возник конфликт, который все усугублялся, дошел до того, что учащийся перестал заниматься химией, стал вызывающе вести себя на уроках. Укажите пути решения конфликта.

16. Учащиеся писали контрольную работу по математике. Получив тетрадь и увидев, что учитель поставил двойку, ученик при всех и в присутствии учителя разорвал тетрадь. Учитель спокойно некоторое время продолжает урок, не обращая внимания на случившееся. Затем...

17. В группе есть неформальный лидер, его поддерживают многие учащиеся. В этот класс пришла молодой педагог. При опросе домашнего задания она одному ученику поставила «3». Когда педагог поворачивалась к доске и что-то писала, начиналось тихое жужжание. Инициатором этого был лидер. Некоторые ребята своими смешками происходящее поддерживали. Педагог...

18. На уроке русского языка учительница задает упражнение на развитие речи. Ребята должны описать внешность знакомого человека. Затем ученики зачитывают свои сочинения вслух. Доходит очередь до Толи А. Учительница замечает некоторое оживление в классе, мальчишки переглядываются. Толик читает сочинение, и учительница с ужасом узнает в «знакомом человеке» себя. С ужасом, потому что все недостатки внешности (а учительница была некрасивой) Толя подчеркнул зло и точно. Учительница чувствует, как накатывается гнев, сжимаются кулаки. Первый раз в жизни ей хочется ударить ученика. Отношения с ребятами в этом классе всегда были хорошими, ей казалось, что ее уважают. Толик закончил свое сочинение. Вид у него шутливо-героический. Класс смотрит на учительницу. В глазах ожидание, испуг, в чьих-то – насмешка. Как поступила учительница?

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.5 Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Оценочные средства	Количество
Тестовые задания	50
Ситуационные (клинические) задачи	25

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Тестовые задания

1. Укажите цели проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий:

а) своевременное оказание населению мед. помощи

б) распределение пораженных на группы нуждаемости в изоляции и санитарной обработке

в) сохранение и укрепление здоровья населения, а также профилактика инфекционных болезней и ликвидация эпидемических очагов

г) предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди населения

д) обеспечение санитарного благополучия населения и устранения неблагоприятных санитарных последствий применения противником оружия массового поражения (ОМП)

2. Укажите правильное определение понятия «очаг биологического поражения»:

а) территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия биологического оружия (БО) противника возникли массовые поражения людей, сельскохозяйственных животных, растений

б) территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия биологического оружия (БО) противника возникли массовые поражения людей

в) территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия ядерного оружия (ЯО), химического оружия (ХО) и биологического оружия (БО) противника возникли массовые поражения людей

г) территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия ядерного оружия (ЯО) противника возникли массовые поражения людей

д) территория с населенными пунктами и объектами народного хозяйства, в пределах которой в результате воздействия химического оружия (ХО) противника возникли массовые поражения людей

3. Укажите должностное лицо и орган управления, которые осуществляют общее руководство локализацией и ликвидацией очага биологического поражения:

а) главный врач центральной районной больницы (ЦРБ)

б) начальник гражданской обороны (ГО) области (края) и его штаб
в) соответствующий начальник Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)
г) главный врач полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита»
д) начальник гражданской обороны (ГО) сельского района и сельсовет

4. Укажите должностное лицо, которые руководит проведением медицинских мероприятий в очаге биологического поражения:
а) главный врач центральной районной больницы (ЦРБ)
б) начальник гражданской обороны (ГО) области (края) и его штаб
в) соответствующий начальник Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)
г) главный врач полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита»
д) начальник гражданской обороны (ГО) сельского района

5. Укажите службу, на которую возложено проведение полной санитарной обработки населения:
а) Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)
б) коммунально-техническая служба
в) комендантская служба
г) противопожарная и инженерная служба
д) служба торговли и питания

6. Укажите службу, на которую возложено проведение неспецифической и специфической профилактики населения:
а) медицинская служба
б) коммунально-техническая служба
в) комендантская служба
г) противопожарная и инженерная служба
д) служба торговли и питания

7. Укажите подразделение, осуществляющее активное выявление больных:
а) санитарные посты
б) санитарные дружины
в) отряды первой медицинской помощи
г) группы эпидемиологической разведки
д) санитарно-эпидемиологические отряды

8. Укажите службу, на которую возложено проведение дезинфекции квартирных очагов:
а) медицинская служба
б) коммунально-техническая служба
в) комендантская служба
г) противопожарная и инженерная служба
д) служба торговли и питания

9. Укажите правильное определение понятия «дезинфекция»:
а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней
в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага биологического поражения (ОБП)
д) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение,

направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

10. Укажите правильное определение понятия «дезинсекция»:
а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней
в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага биологического поражения (ОБП)
д) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

Ситуационные задачи

Задача № 1
В результате чрезвычайной ситуации (ЧС) сложилась следующая обстановка: количество пострадавших составляет 9 человек, размер материального ущерба составляет 90 тыс. рублей, зона ЧС не выходит за пределы территории объекта.
Задание: Определите вид ЧС по масштабам распространения.

Задача № 2
В результате чрезвычайной ситуации (ЧС) сложилась следующая обстановка: количество пострадавших составляет 40 человек, размер материального ущерба составляет 4,5 млн рублей, зона ЧС охватывает территорию города федерального значения.
Задание: Определите вид ЧС по масштабам распространения.

Задача № 3
В результате чрезвычайной ситуации (ЧС) сложилась следующая обстановка: количество пострадавших составляет 100 человек, размер материального ущерба составляет 4,5 млн. рублей, зона ЧС охватывает территорию двух населенных пунктов.
Задание: Определите вид ЧС по масштабам распространения.

Задача № 4
В результате чрезвычайной ситуации (ЧС) сложилась следующая обстановка: количество пострадавших составляет 450 человек, размер материального ущерба составляет 6,5 млн. рублей, зона ЧС охватывает территорию одного субъекта РФ.
Задание: Определите вид ЧС по масштабам распространения.

Задача № 5
В результате чрезвычайной ситуации (ЧС) сложилась следующая обстановка: количество пострадавших составляет 670 человек, размер материального ущерба составляет 650 млн. рублей, зона ЧС охватывает территорию двух субъектов РФ.
Задание: Определите вид ЧС по масштабам распространения.

УК-2. Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

Тестовые вопросы

1. Укажите правильное определение понятия «дератизация»:
а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней
в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию

и ликвидацию очага биологического поражения (ОБП)

д) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

2. Укажите основные способы проведения дезинсекции:

а) биологический и химический

б) химический и физический

в) физический и биологический

г) механический и химический

д) термический и биологический

3. Укажите основные способы проведения дератизации:

а) биологический и химический

б) химический и физический

в) физический и биологический

г) механический и химический

д) термический и биологический

4. Укажите службу, на которую возложено обеззараживание воды:

а) медицинская служба

б) коммунально-техническая служба

в) инженерная служба

г) служба торговли и питания

д) противопожарная служба

5. Укажите службу, на которую возложено обеззараживание продовольствия:

а) медицинская служба

б) коммунально-техническая служба

в) инженерная служба

г) служба торговли и питания

д) противопожарная служба

6. Укажите правильное определение понятия «карантин»:

а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней

б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней

в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней

г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага биологического поражения (ОБП)

д) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

7. Укажите правильное определение понятия «обсервация»:

а) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней

б) уничтожение грызунов – источников возбудителей инфекционных болезней

в) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней

г) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага биологического поражения (ОБП)

д) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

8. Укажите на какой срок вводится обсервация:

а) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания

б) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге

заражения

в) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания

г) на один инкубационный период инфекционного заболевания

д) на две недели

9. Укажите на какой срок вводится карантин:

а) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания

б) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения

в) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания

г) на один инкубационный период инфекционного заболевания

д) на две недели

10. Укажите при применении противником каких возбудителей инфекционных заболеваний сохраняется режим карантина:

а) дифтерия, грипп, натуральная оспа

б) желтая лихорадка, сибирская язва

в) холера, дизентерия, брюшной тиф

г) чума, брюшной тиф, сибирская язва

д) чума, холера, натуральная оспа

Ситуационные задачи

Задача № 1

В результате обследования зоны чрезвычайной ситуации (ЧС) населенного пункта N группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения имеется рост заболеваемости дизентерией, появились единичные не наблюдавшиеся ранее заболевания брюшным тифом, при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территория населенного пункта и водоисточников.

Задание: Оцените санитарно-эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации (ЧС). Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача № 2

В результате обследования зоны чрезвычайной ситуации (ЧС) населенного пункта N группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой.

Задание: Оцените санитарно-эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации (ЧС). Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача № 3

В результате обследования населенного пункта N группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения выявлено 2 случая заболевания чумой.

Задание: Оцените санитарно-эпидемическое состояние района чрезвычайной ситуации (ЧС)? Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача № 4

В результате обследования зоны чрезвычайной ситуации (ЧС) населенного пункта N группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила: среди населения появились групповые заболевания брюшным тифом и имеется единичный случай заболевания холерой.

Задание: Оцените санитарно-гигиеническое состояние района чрезвычайной ситуации (ЧС).

Задача № 5

Для обеззараживания эпидемического очага инфекции введена дезинфекционная группа.

Задание: Состав и возможности дезинфекционной группы?

ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

Тестовые задания

1. Укажите при применении противником следующих возбудителей инфекционных заболеваний сохраняется режим обсервации:

а) особо опасные инфекции

б) малоконтагиозные инфекции

в) воздушно-капельные инфекции

г) кишечные инфекции

д) вирусные инфекции

2. Укажите мероприятия, которые включает режим карантина:

а) оцепление зоны заражения, организацию заградительных постов и контрольно-пропускных пунктов (КПП), запрещение въезда, выезда и транзитного проезда и т.д.

б) выставление постов, усиление мед. контроля за организацией питания, водоснабжения, торговли, опросы и термометрия населения, проведение вакцинации и т.д.

в) усиление противоэпидемического режима

г) охрана инфекционных больных, усиление санитарно-просветительной работы

д) запрещение транзитного проезда

3. Укажите мероприятия, которые включает режим обсервации:

а) оцепление зоны заражения, организацию заградительных постов и контрольно-пропускных пунктов (КПП), запрещение въезда, выезда и транзитного проезда и т.д.

б) выставление постов, усиление мед. контроля за организацией питания, водоснабжения, торговли, опросы и термометрия населения, проведение вакцинации и т.д.

в) усиление противоэпидемического режима

г) охрана инфекционных больных, усиление санитарно-просветительной работы

д) запрещение транзитного проезда

4. Укажите, как оценивается санитарно-эпидемическое состояние территории, если имеют место единичные случаи инфекционных заболеваний среди населения при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории, и противник не применял биологическое оружие:

а) удовлетворительное

б) неблагополучное

в) благополучное

г) неудовлетворительное

д) неустойчивое

5. Укажите, как оценивается санитарно-эпидемическое состояние территории, если имеет место рост инфекционной заболеваемости, появились единичные, не наблюдавшиеся ранее инфекционные заболевания при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории:

а) неблагополучное

б) неустойчивое

в) неудовлетворительное

г) чрезвычайное
д) благополучное

6. Укажите, как оценивается санитарно-эпидемическое состояние территории, если появились групповые инфекционные заболевания, имеются единичные случаи заболевания особо опасными инфекциями (ООИ), противник применил биологическое оружие (БО), за исключением возбудителей особо опасных инфекций (ООИ):
а) неудовлетворительное
б) чрезвычайное
в) неустойчивое
г) неблагополучное
д) удовлетворительное

7. Укажите, как оценивается санитарно-гигиеническое состояние территории, если санитарно-эпидемическое состояние территории и района размещения благополучное, территория района расположения не заражена продуктами ядерного взрыва, отравляющих веществ (ОВ) и бактериологических веществ (БС):
а) неудовлетворительное
б) благополучное
в) неустойчивое
г) удовлетворительное
д) чрезвычайное

8. Укажите, как оценивается санитарно-гигиеническое состояние территории, если санитарно-эпидемическое состояние территории и района размещения неустойчивое, неблагополучное или чрезвычайное, территория района расположение заражена продуктами ядерного взрыва, отравляющих веществ (ОВ) и бактериологических веществ (БС):
а) неудовлетворительное
б) удовлетворительное
в) неблагополучное
г) чрезвычайное
д) неустойчивое

9. Укажите критерии оценки санитарно-эпидемического состояния территории:
а) удовлетворительным
б) благополучным,
в) неустойчивым,
г) неблагополучным,
д) чрезвычайным
е) неудовлетворительным

10. Укажите, как оценивается санитарно-эпидемическое состояние территории, если имеется рост инфекционной заболеваемости, появились единичные, не наблюдающиеся ранее инфекционные заболевания при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории:
а) неблагополучное
б) неустойчивое
в) неудовлетворительное
г) чрезвычайное
д) благополучное

Ситуационные задачи
Задача № 1

Санитарно-эпидемиологическим отрядом из проб, доставленных группой эпидемиологической разведки, выделена грамотрицательная биполярно окрашенная палочка, морфологически подозрительная на возбудителя чумы.

Задание: Предназначение и задачи санитарно-эпидемиологического отряда в режиме чрезвычайной ситуации?

Задача № 2

Санитарно-эпидемиологическая бригада (СЭБ) выдвинулась в район осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки.

Задание: Состав и основные задачи СЭБ?

Задача № 3

В результате обследования населенного пункта N группа санитарно-эпидемиологической разведки выявила среди населения 2 случая заболевания чумой.

Задание: Предназначение, состав и возможности группы санитарно-эпидемиологической разведки?

Задача № 4

Продовольственный склад оказался на следе радиоактивного облака. Хранилище, где хранилось 1000 т сахарного песка, не было загерметизированно. В пробе сахара, доставленной в радиологическую лабораторию, обнаружены радиоактивные вещества (РВ) в количестве, значительно превышающем предельно допустимые нормы.

Задание: Примите экспертное решение.

Задача № 5

Холодильник со свежей рыбой оказался в очаге ядерного поражения и был разрушен. Запасы рыбы небольшие и значительно обгорели, сильно загрязнены радиоактивными веществами (РВ) и землей.

Задание: Примите экспертное решение

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях,
в том числе участию в медицинской эвакуации

Тестовые задания

1. Укажите оценку санитарно-эпидемического состояния территории, если регистрируются повторные случаи заболевания особо опасными инфекциями (ООИ), установлен факт применения биологического оружия (БО) и в виде рецептур противником использованы возбудители особо опасных инфекций (ООИ):

а) неустойчивое
б) неблагоприятное
в) удовлетворительное
г) чрезвычайное
д) неудовлетворительное

2. Укажите критерии оценки санитарно-гигиенического состояния территории:

а) удовлетворительным
б) неудовлетворительным
в) благополучным,
г) неустойчивым,
д) неблагополучным,
е) чрезвычайным

3. Укажите оценку санитарно-гигиенического состояния территории, если санитарно-эпидемическое состояние территории района расположения оценивается как неустойчивое, неблагополучное или чрезвычайное:

а) оптимальное

б) хорошее

в) удовлетворительное

г) неудовлетворительное

д) отрицательное

4. Укажите основные принципы организации санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС):

а) государственный и приоритетный характер санитарно-эпидемиологической службы, постоянная готовность ее сил и средств

б) единый подход к организации санитарно-противоэпидемических мероприятий

в) дифференцированный подход к формированию сил и средств

г) взаимодействие с органами и учреждениями других ведомств

д) обучение населения поведению в очагах химического и радиологического заражения

5. Укажите основные задачи санитарно-эпидемиологического надзора на местном уровне:

а) осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за объектами водоснабжения, питания

б) обучение населения поведению в очагах химического и радиологического загрязнения

в) проведение санитарно-эпидемиологической разведки

г) выдача радиопротекторов и антидотов, проведение экстренной профилактики

6. Укажите основные задачи санитарно-эпидемиологического надзора на объектовом уровне:

а) подготовка общей практики по вопросам особенностей радиационных поражений, отравлений и инфекционной патологии в чрезвычайных ситуациях (ЧС)

б) перевод объекта на режим работы в условиях чрезвычайной ситуации (ЧС)

в) организация работы специализированных формирований объекта

г) защита персонала, материальных средств

д) слежение за состоянием здоровья и работоспособности работников объекта

7. Укажите характерные признаки чрезвычайной эпидемической ситуации:

а) опасность передачи инфекции за пределы зоны чрезвычайной ситуации (ЧС)

б) возможный социальный и экономический ущерб

в) риск заноса и распространения инфекционных болезней среди пострадавшего населения

г) выдача радиопротекторов и антидотов, проведения экстренной профилактики

д) угроза появления значительного числа случаев инфекционных заболеваний разной этиологии, за счет «фактора перемешивания»

8. Укажите основные мероприятия, которые проводят санитарно-эпидемиологические учреждения и формирования в целях предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации (ЧС):

а) организуют экспертизу продовольствия и воды

б) подготовку рабочих и служащих продовольственных объектов к проведению мероприятий по защите продовольствия и воды

в) проводят специальную подготовку сотрудников

г) осуществляют контроль за соблюдением санитарных правил, гигиенических

нормативов

д) осуществляют прогнозирование возможности возникновения эпидемий

9. Укажите санитарно-гигиенические мероприятия, организация и проведение которых возложено санитарно-эпидемиологическую службу:

а) оценка санитарно-гигиенического состояния территории

б) санитарный надзор за условиями размещения

в) экспертиза продовольствия и воды

г) санитарный надзор за питанием, водоснабжением

д) санитарный надзор за банно-прачечным обслуживанием

10. Укажите основные противоэпидемические мероприятия при возникновении эпидемического очага:

а) регистрация и оповещение

б) санитарно-эпидемиологическая разведка

в) выявление, изоляция и госпитализация заболевших

г) общая и специальная экстренная профилактика

д) санитарный надзор за условиями размещения населения в районе чрезвычайной ситуации (ЧС), его питанием, водоснабжением

Ситуационные задачи

Задача № 1

Негерметизированный склад, где хранилось сливочное масло в картонной упаковке, оказался в очаге химического поражения. В пробе масла, доставленной в санитарно-химическую лабораторию, обнаружен зарин в незначительных концентрациях.

Задание: Примите экспертное решение.

Задача № 2

Продовольственный склад оказался на следе радиоактивного облака. Хранилище, где хранилось 500 т гречневой крупы, не было загерметизированно. В пробе, доставленной в радиологическую лабораторию, обнаружены радиоактивные вещества (РВ) в количестве, значительно превышающем предельно допустимые нормы.

Задание: Примите экспертное решение.

Задача № 3

Холодильник со свежим мясом оказался в очаге ядерного поражения и был разрушен. Запасы мяса небольшие, значительно обгорели, сильно загрязнены радиоактивными веществами (РВ) и землей.

Задание: Примите экспертное решение.

Задача № 4

Негерметизированный склад, где хранился маргарин в бумажной упаковке, оказался в очаге химического поражения. В пробе маргарина, доставленной в санитарно-химическую лабораторию, обнаружен зоман в незначительных концентрациях.

Задание: Примите экспертное решение.

Задача № 5

Спасатель при ликвидации радиационной аварии подвергся облучению в эффективной дозе, превышающей 200 мЗв течении года.

Задание: Как рассматривается эффективная доза, превышающая 200 мЗв в год? Что необходимо предпринять в отношении этого спасателя?

ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных

ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Тестовые вопросы

1. Укажите должностное лицо, которое должно быть оповещено о выявлении инфекционных больных:

а) главный врач центральной районной больницы (ЦРБ)

б) главный врач центра санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) района (города)

в) главный врач медико-санитарной части (МСЧ)

г) руководитель территориального центра медицины катастроф

2. Укажите цели эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания:

а) выявления источника заражения

б) выявления пути передачи (факторы передачи)

в) выявления механизма передачи

г) проведения основных мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции

д) изоляция и госпитализация больных

3. Укажите состав группы санитарно-эпидемиологической разведки:

а) врач-гигиенист

б) врач-инфекционист

в) врач-эпидемиолог

г) врач-бактериолог

д) лаборант

4. Укажите условия снятия обсервации и карантина:

а) по истечении срока максимального инкубационного периода данного инфекционного заболевания

б) с момента изоляции последнего больного

в) для проведения заключительной дезинфекции

г) для проведения вакцинопрофилактики

д) для санитарной обработки обслуживающего персонала и населения.

5. Укажите, когда проводится экстренная профилактика инфекционного заболевания:

а) при благополучным санитарно-эпидемическим состоянием района

б) немедленно

в) после установления факта бактериального заражения

г) при появлении случаев ООИ

д) при появлении массовых инфекционных заболеваний неясной этиологии

6. Укажите средства общей экстренной профилактики:

а) антибиотики широкого спектра действия

б) сыворотки

в) вакцины

г) анатоксины

д) сульфаниламиды

7. Распоряжение о проведении экстренной профилактики выдает:

а) главный врач медико-санитарной части (МСЧ)

б) санитарно-противоэпидемическая комиссия;

в) главный врач центра санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) района

(города)

г) главный врач инфекционной больницы

д) эпидемиолог

8. Укажите профили формирования санитарно-эпидемиологических бригад:

а) дезинфекционная, зоологическая, эпидемиологическая

б) радиологическая, токсикологическая, гигиеническая

в) эпидемиологическая, радиологическая, санитарно-гигиеническая (токсикологическая)

г) дезинфекционная, дезинсекционная, дератизационная

д) паразитологическая, санитарно-гигиеническая

9. Укажите основные задачи санитарно-эпидемиологической бригады (СЭБ) в очаге радиационного поражения:

а) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по дезактивации продовольствия и воды

б) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по дегазации продовольствия и воды

в) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по обеззараживанию продовольствия и воды

г) экспертиза продовольствия и воды

д) отбор и доставка проб в лабораторию

10. Укажите основные задачи санитарно-эпидемиологической бригады (СЭБ) в очаге биологического поражения:

а) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по дезактивации продовольствия и воды

б) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по дегазации продовольствия и воды

в) лабораторный контроль и выдача рекомендаций по обеззараживанию продовольствия и воды

г) экспертиза продовольствия и воды

д) отбор и доставка проб в лабораторию

Ситуационные задачи

Задача № 1

Среди населения города N появились отдельные не регистрирующиеся ранее инфекционные заболевания, возникли групповые заболевания без выраженного развития эпидемии, имеются очаги зоонозной инфекции. Произошло заражение водоисточников и запасов питьевой воды. Город находится в непосредственной близости от крупных эпидемических очагов.

Задание: Оцените санитарно-эпидемиологическое состояние города. Какие способы необходимо применить для обеззараживания воды.

Задача № 2

При следовании эвакуируемого населения пешими колоннами в двух раздельно идущих колоннах выявлено по 7 больных с подозрением на острую дизентерию.

Задание: Какие санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия следует организовать?

Задача № 3

Спасатель поступил в клинику с жалобами на боли при глотании, озноб, температуру 39^0 С, кровоточивость из десен.

Из анамнеза: мужчина, 27 лет, в силу служебных обязанностей имел контакт с источником ионизирующего излучения в очаге катастрофы. Вышеперечисленные жалобы появились 5 дней назад.

При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, на коже экхимозы и петехиальные высыпания. В зеве – некротическая ангина, на волосистой части головы очаги облысения, ЧСС 110 уд/мин., АД 80/50 мм.рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные, в легких дыхание везикулярное. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Эр. - 2,4×1012 /л, Нв – 63 г/л, Л.- 0,8×109 /л, С- 22%, СОЭ – 50 мм/час, ретикулоциты отсутствуют, тромбоциты 10×109 /л. В пунктате костного мозга резко уменьшено количество миелокариоцитов, в основной массе он представлен жировой и соединительной тканью. ЭКГ – снижение вольтажа, синусовая тахикардия, уплощение зубца Т.

Задание: Сформулируйте диагноз. Укажите дополнительные методы исследования. Назначьте лечение на этапах медицинской эвакуации.

Задача № 4

Спасатель в очаге химического заражения находился без средств защиты органов дыхания. Предъявляет жалобы на резь в глазах, сухой кашель, боль за грудиной, рвота через 2 часа после работы в очаге. При объективном осмотре: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Апатичен, температура тела 38^0 С, гиперемия и отек слизистой носоглотки, при кашле отделяется серозно-гнойная мокрота, осиплость голоса. Аускультативно: сердце тоны приглушены, сокращения ритмичны, в легких рассеянные влажные средне и мелкопузырчатые хрипы, АД 80/50 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный. Органы зрения: помутнение роговицы, блефароспазм. Неврологический статус: тонико-клонические судороги.

Задание: Сформулируйте диагноз. Укажите дополнительные методы исследования. Назначьте лечение на этапах медицинской эвакуации.

Задача № 5

Спасатель находился в очаге химического заражения без защитной обуви. Предъявляет жалобы на резкую болезненность стоп и голеней, жжение кожи. При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, наблюдаются мелкоточечные геморрагии на нижних конечностях, слизистые цианотичны, температура тела 38,4°С, тоны сердца приглушены, сокращения ритмичны, дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, АД=90/50 мм рт. ст., Неврологический статус: тонико-клонические судороги.

Задание: Сформулируйте диагноз. Укажите дополнительные методы исследования. Назначьте лечение на этапах медицинской эвакуации.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.Б.6 Микробиология

Оценочные средства	Количество
Тестовые задания	60
Ситуационные (клинические) задачи	40

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационная задача №1

Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива).Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

Задания:

1. Назовите микробы, чаще всего вызывающие инфекционные гепатиты?
2. Какими характерными свойствами обладают возбудители таких гепатитов?
3. Наиболее известные возбудители этих инфекционных гепатитов?
4. Какие механизмы передачи характерны для разных видов возбудителей?
5. Как называется скрытый период болезни? Какова его продолжительность у данных больных?

Ситуационная задача №2

Двое работниц из числа обслуживающего персонала ГИКБ №1 - Евсеева В. и Астафьева Н. заболели инфекционным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

Задания:

1. Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?
2. Что могло способствовать заражению работниц?
3. Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?
4. Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?
5. Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

Ситуационная задача №3

В родильный дом №28 поступила беременная женщина, которая в прошлом

переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

1. Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
2. Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?
3. Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?
4. Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Ситуационная задача №4

В хирургическом отделении КГБ №50в палате №6 находился больной, у которого после операции нагноилась рана. Проводимое лечение антибиотиками не давало никаких результатов. Было принято решение провести микробиологическое исследование.

Задания:

1. Что служит исследуемым материалом у данного больного?
2. Чем и как необходимо взять его на бактериологическое исследование?
3. Какой микроб, чаще всего, вызывает гнойно-воспалительные заболевания?
4. Каковы его морфологические и тинкториальные свойства?
5. Какова цель бактериологического исследования материала у данного больного?

Ситуационная задача №5

Больной Т., 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сильную боль под ногтем пальца правой руки. Хирург, осмотрев палец больного, поставил диагноз: «Панариций». Это острое микробное заболевание пальцев. Основными возбудителями данного заболевания являются золотистые и эпидермальные стафилококки.

Задания:

1. Каковы морфологические и тинкториальные свойства стафилококков?
2. Как приготовить мазок и микроскопический препарат из исследуемого материала?
3. Какой дифференциальный метод окраски бактерий необходимо применить в данном случае?
4. Какой метод применяется при микроскопии окрашенных препаратов и в чем его особенности?
5. Назовите морфологические группы бактерий?

Ситуационная задача №6

Предметом изучения микробиологии являются микробы, невидимые невооруженным глазом. Они встречаются повсюду, среди них есть полезные и вредные для организма человека.

Задания:

1. Каковы основные задачи медицинской микробиологии?

2. Фактором передачи каких возбудителей инфекционных заболеваний являются вода, воздух и почва?
3. Назовите санитарно-показательные микроорганизмы воды, воздуха, в смывах с рук и объектов внешней среды?
4. Чем и как брать смывы с рук? На какую среду и как провести посев смыва с рук?
5. Какие дезинфектанты применяются для дезинфекции рук?

Ситуационная задача №7

К больному ребенку 5 лет, мама вызвала на дом врача педиатра. Из беседы с мамой врач выяснил, что ребенок посещает детский сад, в котором уже зарегистрировано несколько случаев заболевания скарлатиной. После тщательного осмотра и на основании собранного анамнеза, врач поставил диагноз: «Скарлатина».

Задания:

1. Назовите возбудителя скарлатины?
2. Каковы морфология и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Механизмы, факторы и пути передачи скарлатины?
4. Патогенез заболевания (входные ворота, характер интоксикации, возникающий при скарлатине)?
5. Характер иммунитета после перенесенного заболевания?

Ситуационная задача №8

В детскую инфекционную больницу поступил больной ребенок 7 лет, которому врач на основании клинических симптомов поставил диагноз: «Эпидемический цереброспинальный менингит».

Задания:

1. Назовите возбудителя названного заболевания, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология менингита: источник инфекции, входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какой материал следует брать у больного и кто должен осуществлять его взятие?
4. Основные методы микробиологического исследования?
5. Проводится ли специфическая профилактика названного заболевания?

Ситуационная задача №9

В кожно-венерологический диспансер обратилась женщина на профилактический осмотр. Врач-венеролог взяла материал, сделала мазки на 2-х стеклах и отправила в лабораторию, где один мазок окрасили по Граму, другой - метиленовой синью. На основании микроскопической картины был поставлен диагноз: «Гонорея».

Задания:

1. Назовите возбудителя гонореи, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология гонореи: источник инфекции входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какие методы микробиологического исследования применяются с целью диагностики гонореи?

4. Какая форма заболевания возникает у новорожденного, рожденного от больной гонореей матери?
5. С какой целью применяется гонококковая вакцина, что она собой представляет?

Ситуационная задача №10.

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39^0 С. Больной был госпитализирован с диагнозом «Брюшной тиф».

Задания:

1. Назовите род возбудителя брюшного тифа?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя, образует ли он споры и выделяет ли экзотоксин?
3. Эпидемиология брюшного тифа: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
4. Каким путем заразился указанный больной и почему?
5. Проводится ли специфическая профилактика и терапия брюшного тифа?

Ситуационная задача №11

В клинику инфекционных болезней поступил больной с симптомами диареи (жидкий стул со слизью и прожилками крови). На основании клинических данных и характерного вида испражнений был поставлен диагноз: «Дизентерия».

Задания:

1. Назовите род возбудителей дизентерии и основные виды?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей дизентерии?
3. Назовите характер исследуемого материала и основной метод микробиологической диагностики дизентерии? В чем его сущность? Как собрать материал на исследование?
4. Эпидемиология дизентерии: источник инфекции, механизмы, факторы и пути передачи инфекции?
5. Специфическая профилактика и терапия дизентерии?

Ситуационная задача №12.

В инфекционную клинику поступил больной ребенок 3 лет из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания колиэнтеритом.

Задания:

1. Назовите род и виды возбудителей колиэнтерита, их морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология: источник заболевания, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
3. Что такое входные ворота инфекции и что послужило входными воротами инфекции в данном случае?
4. Что служит исследуемым материалом при колиэнтерите и как его собирают? Требования к транспортировке и доставке исследуемого материала в лабораторию?
5. Какой метод применяют для определения чувствительности бактерий к антибиотикам, и в чем его суть?

Ситуационная задача №13.

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В, который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенность химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе, в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ситуационная задача №14

В микробиологическую лабораторию поступил исследуемый материал больного В., находящегося в сыпнотифозном отделении ГИКБ №1. При обследовании на педикулез насекомых не обнаружили. Из анамнеза не смогли выявить предполагаемый источник инфекции.

Задания:

1. Что такое род бактерий?
2. К какому роду относятся возбудители сыпного тифа?
3. Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей сыпного тифа?
4. Эпидемиология эпидемического сыпного тифа: источник инфекции, механизм передачи, фактор передачи, пути передачи инфекции, его сущность?
5. Способы неспецифической профилактики сыпного тифа?

Ситуационная задача №15

В школе № 458, где количество учащихся - 380 человек, выявлен случай заболевания дифтерией. Врач педиатр провел осмотр контактных с целью выявления больных с ангиной, как группы риска, и список выявленных передал медицинской сестре для взятия у них материала на микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя дифтерии?
2. Чем обеспечивается морфологическая особенность возбудителя дифтерии, и каковы его тинкториальные свойства?
3. Какой материал, чем и с какой целью берут у больных с ангиной? Какие условия необходимо учитывать при взятии материала?
4. Условия доставки исследуемого материала в микробиологическую лабораторию?
5. Проводится ли специфическая профилактика в очаге больных дифтерией? Поясните ответ.

Ситуационная задача №16

В детском саду во время осмотра детей врач-педиатр выявил больного ребенка с подозрением на дифтерию, о чем было послано экстренное извещение в Районный Центр Санэпиднадзора. В группе, где находился больной ребенок, с подозрением на дифтерию, было еще 16человек.

Задания:

1. С какой целью было послано экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора?
2. Какие мероприятия проводит медицинская сестра в очаге больных дифтерией?
3. Эпидемиология дифтерии: источник инфекции, основной механизм, фактор и путь передачи инфекции?
4. Что такое дезинфекция и ее виды?
5. Проводится ли плановая специфическая профилактика дифтерии? Поясните ответ.

Ситуационная задача №17

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противоэпидемических мероприятий.

Задания:

1. Назовите род возбудителя чумы?
2. Особенности морфологии и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?
4. Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Ситуационная задача №18

У работницы по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя сибирской язвы?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сибирской язвы, выделенного из организма больного?
3. Эпидемиология сибирской язвы: источник инфекции, механизмы, факторы, пути передачи инфекции?
4. Что служит исследуемым материалом от данного больного?
5. Проводится ли специфическая профилактика сибирской язвы?

Ситуационная задача №19

В одной семье, проживающей в сельской местности, сразу заболело двое взрослых.

Заболевание сопровождалось болями в животе, жидким кровянистым стулом, рвотой. Из анамнеза было выявлено, что заболевшие употребляли в пищу жаренную печень от забитой козы с явными признаками недомогания. У детей, которые не ели печень, никаких признаков заболевания не наблюдалось. На основании клинической картины и данных анамнеза врач-инфекционист поставил предположительный диагноз: «Кишечная форма сибирской язвы».

Задания:

1. Назовите возбудителя сибирской язвы по-латыни?
2. Где и в каких формах может существовать возбудитель сибирской язвы?
3. Каким методом микробиологического исследования можно обнаружить различные формы возбудителя сибирской язвы, обоснуйте ответ?
4. Какова устойчивость возбудителей сибирской язвы во внешней среде и чем она обеспечивается?
5. Как проводится обеззараживание материала, взятого от больных животных?

Ситуационная задача №20

В кожно-венерологический диспансер к врачу-венерологу обратилась девушка, у которой врач на слизистой нижней губы обнаружил безболезненную язву, с плотным дном и подрытыми плотными краями. Из анамнеза было выяснено, что она занималась оральным сексом с незнакомым мужчиной. На основании клинических данных и основываясь на анамнезе, врач поставил диагноз:»Сифилис - первичный период (период твердого шанкра)».

Задания:

1. Назовите родовое и видовое название возбудителя сифилиса?
2. К какой группе бактерий относится возбудитель сифилиса по своей морфологии? Как в данном случае собрать материал?
3. Назовите морфологические и тинкториальные свойства возбудителя сифилиса?
4. Эпидемиология сифилиса: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
5. Какой путь передачи инфекции при внутриутробном заражении плода сифилисом?

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Тестовые задания

1. Кто первым увидел и описал микроорганизмы?
A) Гиппократ.
B) Фракастро.
C) Левенгук.
D) Л.Пастер.
E) Р.Кох.
2. Кто впервые доказал причину брожения и гниения?
A) Левенгук.
B) Л.Пастер.
C) Р.Кох.
D) Э.Ру.
E) Иерсен.

3. Кто впервые создал теорию фагоцитоза?
A) Л.Пастер.
B) Р.Кох.
C) С.Виноградский.
D) И.Мечников.
E) Н.Гамалея.
4. Кто впервые открыл вирусы.
A) Р.Кох.
B) И,Мечников.
C) Л.Пастер.
D) Э.Ру
E) Д.Ивановский.
5. Микробиология- наука, которая изучает:
A) физиологию растений.
B) генетику животных.
C) экологию природы.
D) морфологию почвы.
E) морфологию, физиологию, генетику, экологию микробов.
6. Впервые ввел в микробиологическую практику плотные питательные среды:
A) Л.Пастер.
B) Р.Кох.
C) С.Виноградский.
D) И.Мечников.
E) Н.Гамалея.
7. Основоположник почвенной микробиологии:
A) Л.Пастер.
B) Р.Кох.
C) С.Виноградский.
D) И.Мечников.
E) Н.Гамалея.
8. Чтобы увидеть микробы используют:
A) микроскоп.
B) телескоп.
C) фонендоскоп.
D) зонд.
E) зеркало.
9. Основная задача бактериологической лаборатории:
A) изучение эпизоотической ситуации.
B) лечение животных.
C) разработка плановых мероприятий.
D) анализ статистических данных.
E) диагностика болезней сельскохозяйственных животных.
10. Какие отделы имеются в бактериологической лаборатории:
A) эпизоотический.
B) терапевтический.
C) бактериологический, серологический, вирусологический.
D) оперативный.
E) клинический.
11. Диплококки- шаровидные микроорганизмы расположенные:
A) одиночно или беспорядочно.
B) попарно.
C) в виде гроздей винограда.
D) в виде цепочки.

E) по четыре клетки.

12. Морфология спирохет: бактерии, имеющие форму: A)прямых или изогнутых палочек с булавовидными утолщениями на концах, B)длинных, толстых с заостренными концами палочек, C)спирально извитых палочек с 4-6 витками, D)спиралевидных длинных клеток с осевой нитью, E)изогнутого цилиндра, напоминающего запятую

13. Микрококки- шаровидные микроорганизмы, расположенные:

A) в виде правильных пакетов по 8-16 клеток и более.

B) одиночно или беспорядочно.

C) попарно.

D) несимметричными гроздями.

E) в виде цепочки.

14.Микроорганизмы, у которых отсутствует истинная клеточная стенка, а вместо нее имеется трехслойная цитоплазматическая мембрана, называется:

A) актиномицетами.

B) микоплазмами.

C) спирохетами.

D) риккетсиями.

E) хламидиями.

15.Стафилококки-шаровидные микроорганизмы, расположенные:

A) по четыре клетки.

B) в виде цепочки.

C) в виде гроздей винограда.

D) попарно.

E) одиночно или беспорядочно.

16.В составе органических веществ микробной клетки наибольшее количество приходится на долю:

A) углерода.

B) кислорода.

C) азота.

D) водорода.

E) натрия.

17.Мутанты микробов, которые частично или полностью утратили способность синтезировать пептидогликаны, называют бактериями: — формы.

A) S-.

B) R-.

C) O-.

D) M-.

E) L-.

18.Основную массу белка микробной клетки составляет:

A) липопротеиды.

B) глюкопротеиды.

C) нуклеопротеиды.

D) ферменты.

E) хропротеиды.

19.Одноклеточные грамположительные микроорганизмы, имеющие тенденцию к разветвлению, объединены под названием:

A) хламидий.

B) риккетсий.

C) микоплазмы.

D) спириллы.

E) актиномицеты.

20.В составе микробной клетки наименьшее количество приходится на долю:

A) углерода.

B) кислорода.
C) азота.
D) водорода.
E) натрия.
21.Стрептококки- шаровидные микроорганизм, расположенные:
A) в виде гроздей винограда.
B) попарно.
C) одиночно, парами или беспорядочно.
D) в виде пакетов по 8-16 клеток и более.
E) в виде цепочки.
22.Содержание углерода, кислорода, азота и водорода в органическом составе микробной клетки достигает:
A) 20-30%.
B) 30-40%.
C) 50-60%.
D) 60-80%
E) 90-97%.
23.Тетракокки- шаровидные микроорганизмы, расположенные:
A) в виде цепочки.
B) по четыре.
C) одиночно или беспорядочно.
D) попарно.
E) несимметричными гроздями.
24.От неблагоприятных факторов окружающей среды бациллы защищаются, образуя внутри клетки:
A) лизосому.
B) рибосому.
C) вакуоль.
D) спору.
E) нуклеоиды.
25.Самые представительные микроэлементы микробной клетки:
A) фосфор и натрий.
B) сера и кальций.
C) калий и магний
D) железо и хлор
E) кальций и натрий.
26.Сарцины- кокки, расположенные:
A) попарно.
B) в виде цепочки.
C) одиночно и беспорядочно.
D) по четыре клетки.
E) в виде пакетов по 8-16 клеток и более.
27.Монотрихи-бактерии:
A) с одним жгутиком на конце.
B) с пучком жгутиков.
C) с одним или несколькими жгутиками на противоположных концах.
D) со жгутиками, расположенными по всей поверхности клетки.
E) без жгутиков.
28.Вибрионы – микроб, имеющие форму:
A) изогнутой палочки напоминающей запятую.
B) спирально извитых палочек с 3-5 витками.
C) спиралевидных длинных клеток с осевой нитью.
D) прямых или изогнутых палочек с булавовидными утолщениями на концах.

E) длинных, толстых с заостренными концами палочек.
29.Лофотрихи-бактерии:
A) с одним жгутиком.
B) с пучком жгутиков.
C) с одним или несколькими жгутиками на противоположных концах.
D) со жгутиками, расположенными по всей поверхности клетки.
E) без жгутиков.
30.Спириллы-микроорганизмы:
A) в виде спиралевидных длинных клеток с осевой нитью
B) с булавовидными утолщениями на концах палочек.
C) в виде нитевидных клеток.
D) в виде спирально извитых палочек с 3-5 витками.
E) напоминающие запятую.
31.Амфитрихи-бактерии:
A) с одним жгутиком.
B) с одним или несколькими жгутиками на противоположных концах.
C) с одним или несколькими жгутиками на одном конце.
D) со жгутиками по всей поверхности клетки.
E) без жгутиков.
32.Перетрихи-бактерии:
A) с одним жгутиком.
B) с пучком жгутиков.
C) с одним или несколькими жгутиками на противоположных концах.
D) со жгутиками по всей поверхности клетки.
E) без жгутиков.
33.Бесполый способ размножения не установлен у представителей грибов из класса:
A) хитридиомицеты.
B) зигомицеты.
C) аскомицеты.
D) дейтромицеты или несовершенные грибы.
E) базидиомицеты.
34. Белок микробной клетки синтезируется в:
A) мезосомах.
B) нуклеоиде.
C) вакуолях.
D) рибосомах.
E) цитоплазматической мембране.
35. Энергетический центр микробной клетки:
A) рибосома.
B) вакуоль.
C) нуклеоид.
D) мезосома.
E) цитоплазматическая мембрана.
36. Какие микроорганизмы относятся к группе шаровидных:
A) собственные бактерии, спирохеты.
B) вибрионы, спирохеты, спириллы.
C) клостридии, актиномицеты.
D) микоплазмы, вибрионы, диплококки.
E) микрококки, диплококки, стрептококки, стафилококки.
37. Чем представлен ядерный аппарат микробной клетки:
A) плазмидами, полирибосомами.
B) пептидогликаном.
C) нуклеоидом, вакуолями.

D) нуклеоидом, плазмидами.
E) гликогеном, плазмидами.
38. Основная функция спор бактерий:
A) включения бактериальной клетки, дающие начало новым клеткам.
B) структурный компонент клетки, играющий роль запасных питательных веществ.
C) сохранение бактерий в неблагоприятных условиях внешней среды.
D) органоид, осуществляющий биосинтез белка.
E) локальные инвагинаты цитоплазматической мембраны.
39. Какие микроорганизмы относятся к извитым формам?
A) вибрионы, клостридии, бациллы, кокки.
B) стрептококки, диплококки, сарцины.
C) вибрионы, спирохеты, спириллы.
D) микоплазмы, спирохеты, бактерии.
E) актиномицеты, диплококки, стафилококки.
40. Как называются бактерии с одним жгутиком?
A) монотрихи.
B) амфитрихи.
C) лофотрихи.
D) перитрихи.
E) атрихи.
41. Характеристика L-форм бактерий. Это бактерии:
A) полностью лишенные клеточной стенки.
B) частично разрушенной клеточной стенкой.
C) утратившие способность синтезировать пептидогликан клеточной стенки.
D) заключенные в экзоспориум.
E) внешне сходные с мицеллярными грибами.
42. Морфология диплококков. Шаровидные клетки, расположенные:
A) в виде правильных пакетов по 8-16 клеток и более.
B) в виде цепочки.
C) по четыре клетки.
D) попарно.
E) в виде гроздей винограда.
43. Какие микробы паразитируют внутри клеток:
A) актиномицеты.
B) дрожжи.
C) микоплазмы.
D) вирусы.
E) грибы.
44. Что такое нуклеоид:
A) локальные инвагинаты цитоплазматической мембраны.
B) органоид, осуществляющий биосинтез белка.
C) структурный компонент клетки, играющий роль запасных питательных веществ.
D) ядро у бактерий.
E) включения бактериальной клетки, дающие начало новым клеткам.
45. Что является основным компонентом клеточной стенки бактерий:
A) полисахариды.
B) протеины и протеиды.
C) липиды.
D) липопротеиды.
E) пептидогликан или муреин.
46. Какова функция бактериальных пили:
A) органоиды движения.
B) прикрепление микробов к субстратам и передача генетического материала от

донора к реципиенту.
C) органоиды, участвующие в обмене веществ.
D) осуществляют биосинтез белка.
E) внехромосомные генетические элементы.
47. Морфология коринебактерии:
A) прямые или изогнутые палочки с булавовидными утолщениями на концах.
B) прямые, слегка изогнутые палочки.
C) палочки с обрубленными концами.
D) овоидные бактерии.
E) длинные, толстые, с заостренными концами палочки.
48. Морфология клостридий:
A) неспорообразующие палочковидные микроорганизмы.
B) палочки, у которых диаметр спор не превышает ширину клетки.
C) палочки, у которых диаметр спор превышает ширину клетки.
D) извитые бактерии.
E) палочки с заостренными концами.
49. Клетки бактерии измеряются в:
A) метрах.
B) сантиметрах.
C) нанометрах.
D) дальтонах.
E) микрометрах.
{Правильный ответ}=E.
50. Вирусы измеряются в:
A) сантиметрах.
B) метрах
C) нанометрах.
D) дальтонах.
E) микрометрах.
51.Прокариотам относятся организмы, содержащие:
A) ядро.
B) без ядра.
C) мицелий.
D) тал.
E) споры.
52. Эукариотам относятся организмы, содержащие:
A) ядро.
B) без ядра.
C) мицелий.
D) тал.
E) споры.
53. Ворсинки у бактерий служат для:
A) размножения.
B) увеличения.
C) развития.
D) обмена веществ.
E) передвижения.
54. По тинкториальным свойствам все бактерии подразделяются на:
A) грамотрицательные.
B) грамположительные.
C) негативные.
D) грамположительные и грамотрицательные.
E) грамположительные и негативные.

{Правильный ответ}=D.
55. У грибов различают типы размножения:
A) бесполый.
B) половой.
C) почкованием.
D) вегетативный.
E) половой, бесполый и вегетативный.
56.Вегетативное тело грибов называется:
A) капсулой.
B) спорой.
C) пили
D) талом.
E) ворсинкой.
57. Для окрашивания капсул применяют, следующий метод:
A) негативный.
B) Грама.
C) простой.
D) Меллера.
E) Михина.
58. Споры бацилл могут располагаться в клетке:
A) терминально.
B) субтерминально.
C) центрально, субтерминально, терминально.
D) центрально.
E) поверхностно.
59. Мицелий грибов состоит из ветвящихся нитей, называемых:
A) капсулой.
B) спорой.
C) пили
D) гифом.
E) ворсинкой.
60. Для окрашивания спор применяют, следующий метод:
A) негативный.
B) Грама.
C) простой.
D) Меллера.
E) Михина.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №21.

В II-м хирургическом отделении ГКБ № 50 у нескольких послеоперационных больных из раневого отделяемого при повторном бактериологическом исследовании произошла смена возбудителя и была выделена культура Staphylococcus aureus.

Задания:

1. О каком виде инфекции идет речь в данной ситуации?
2. Назовите характерные черты этой инфекции?
3. К каким штаммам относится Staphylococcus aureus, выделенный от разных больных при повторном бактериологическом исследовании?
4. Цель проведения повторного бактериологического исследования раневого отделяемого послеоперационных больных?

5. Что способствовало попаданию в рану различных послеоперационных больных одного вида Staphylococcus aureus?

Ситуационная задача №22.

В хирургическом отделении военно-медицинского госпиталя для инвалидов в палате № 6 находился больной с незаживающей раной из которой длительное время высеивалась культура Ps. Aeruginoza. В других палатах находились послеоперационные больные после так называемых «чистых операций», у четверти из них, в раневом отделяемом, также была выделена аналогичная культура Ps. Aeruginoza при бактериологическом исследовании.

Задание:

1. К каким штаммам можно отнести названную культуру? Поясните ответ.
2. Почему она стала выделяться из раневого отделяемого больных из других палат?
3. Какими свойствами обладают такие штаммы, циркулирующие во всем отделении?
4. Как можно обнаружить такие штаммы?
5. Как предупредить возникновение и распространение таких инфекций?

Ситуационная задача №23.

В хирургических отделениях, особенно крупных стационаров, нередко происходит инфицирование вновь поступивших послеоперационных больных госпитальными штаммами - возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Задания:

1. Дайте определения понятия «внутрибольничные инфекции»?
2. Причины роста ВБИ?
3. Кто входит в группу риска возникновения ВБИ?
4. Клинико-эпидемиологические особенности ВБИ?
5. Основные возбудители ВБИ в хирургических отделениях стационаров?

Ситуационная задача №24.

В хирургическом отделении ГКБ № 50 на длительном лечении находилось несколько послеоперационных больных после тяжелых операций. При повторном микробиологическом исследовании содержимого ран у четырех больных была выделена одна и та же культура E. Coli, устойчивые к антибиотикам.

Задания:

1. Как вы расцениваете возникшую ситуацию?
2. Какие причины способствовали инфицированию больных одним и тем же микробом?
3. Какую цель преследует врач назначая материал от больных на повторное микробиологическое исследование?
4. Какой основной механизм передачи подобной инфекции и роль медицинской сестры в ее распространении?
5. Каким путем можно определить основной механизм передачи инфекции?

Ситуационная задача №25.

Ответственным за эпидемиологический режим в ГКБ № 7 была назначена

медицинская сестра А., в целях предупреждения возникновение ВБИ.

Задания:

1. Какие основные функции должна выполнять назначенная медицинская сестра?
2. Какие специфические инфекции могут передаваться в стационарах при использовании приборов и аппаратуры, требующих особых методов стерилизации?
3. Кто организует работу младшего и среднего мед. персонала по предупреждению ВБИ? В чем заключается роль среднего и младшего медицинского персонала?
4. Факторы риска возникновения ВБИ?
5. Меры профилактики ВБИ?

Ситуационная задача №26.

В пионерском лагере, расположенном на берегу небольшого водоема, зарегистрировано 2 случая заболевания у детей, которые вопреки запрету купались в водоеме. На основании клинических симптомов и собранного анамнеза был поставлен диагноз «Брюшной тиф».

Задания:

1. Назовите род возбудителя брюшного тифа.
2. Какие виды возбудителей данного рода вызывают сходные по клинической картине заболевания?
3. Эпидемиология брюшного тифа (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции)?
4. Что в основном служит исследуемым материалом у больных брюшным тифом в начале заболевания? Как собрать исследуемый материал?
5. Специфическая профилактика?

Ситуационная задача №27.

В родильном доме у одной из рожениц родился ребенок с явными признаками уродства, что наблюдается при цитомегаловирусной инфекции.

Задания:

1. К какому семейству относятся цитомегаловирусы?
2. Эпидемиология цитомегаловирусной инфекции (источник инфекции, механизм, факторы, и пути передачи инфекции)?
3. Какими путями происходит заражение плода?
4. Характер исследуемого материала?
5. Специфическая профилактика цитомегаловирусной инфекции?

Ситуационная задача №28.

В женскую консультацию обратилась беременная женщина с отягощенным анамнезом - невынашивание беременности. Врач-гинеколог провел исследование на цитомегаловирусную инфекцию.

Задания:

1. Какой тип нуклеиновой кислоты содержит цитомегаловирус?
2. Какой исследуемый материал был взят у беременной женщины и с какой целью?
3. Кто входит в группу риска заболевания цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекцией?
4. Как проявляется ЦМВ инфекция у беременных?

5. Основной метод микробиологической диагностики ЦМВ инфекции?

Ситуационная задача №29.

В инфекционную больницу поступил больной, проживающий в районе эндемичном по чуме, с подозрением на «Бубонную форму чумы».

Задания:

1. Назовите род возбудителя чумы?
2. Морфология и тинкториальные свойства возбудителя чумы?
3. Эпидемиология чумы (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции)?
4. Что служит исследуемым материалом при данной болезни и как его взять на микробиологическое исследование?
5. Методы диагностики чумы?

Ситуационная задача №30.

В инфекционную больницу поступил больной, который путешествовал по Волге на теплоходе. На основании клинических данных (у больного был частый стул в виде «рисового отвара») был поставлен предварительный диагноз «Холеры».

Задания:

1. К какому роду относится возбудитель холеры?
2. Какова морфология и тинкториальные свойства возбудителя холеры?
3. Эпидемиология холеры: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции.
4. Характер исследуемого материала?
5. Специфическая профилактика и терапия холеры?

Ситуационная задача №31.

В инфекционную клинику поступил больной К. с жалобами на длительную лихорадку, озноб, боли в суставах. Как выяснилось из анамнеза больной К. Работает на животноводческой ферме. На основании клинических данных и эпиданализа врач поставил диагноз: «Бруцеллез».

Задания:

1. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя бруцеллеза?
2. Какие виды бруцелл вызывают бруцеллез?
3. Характер исследуемого материала? Поясните ответ.
4. Основной метод микробиологической диагностики бруцеллеза?
5. Специфическая профилактика бруцеллеза. Поясните ответ.

Ситуационная задача №32.

В инфекционную клинику поступил больной Б. с жалобами на головную боль, резкие боли в мышцах, особенно в икроножных и высокую температуру 39-40^0 С. Как выяснилось из анамнеза больной проживает в районе неблагополучном по туляремии. На основании клинической картины врач поставил больному Б. диагноз «туляремия».

Задания:

1. К какому роду относится возбудитель туляремии?
2. Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей туляремии?
3. Эпидемиология туляремии (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи).
4. Характер исследуемого материала и методы лабораторной диагностики?
5. Специфическая профилактика туляремии? Поясните ответ.

Ситуационная задача №33.

Девушка 18 лет, во время мытья крыльца на даче, занозила палец. Занозу видимо удалила не полностью и не провела обеззараживание ранки. Через 2 недели появились первые признаки заболевания в виде спазма жевательных мышц, затруднения глотания. При обращении к врачу на основании клинических симптомов был поставлен диагноз «столбняк».

Задания:

1. Назовите род возбудителя столбняка?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя столбняка?
3. Эпидемиология: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
4. Метод микробиологического исследования и его цель?
5. Специфическая профилактика столбняка?

Ситуационная задача №34.

В клинику инфекционных болезней поступил больной А. с жалобами на боли в области желудка, тошноту, головную боль, птоз век, диплопию (двоение предметов). Как выяснилось из анамнеза, больная А. принимала в пищу собственные консервированные грибы. На основании клинической картины и анамнестических данных был поставлен диагноз «ботулизм».

Задания:

1. К какому роду относится возбудитель ботулизма?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя ботулизма?
3. Эпидемиология ботулизма (источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи инфекции).
4. Основной метод микробиологической диагностики?
5. Специфическая профилактика и терапия ботулизма? Поясните ответ.

Ситуационная задача №35.

В женскую консультацию обратилась женщина, в анамнезе которой - неоднократное невынашивание беременности. Учитывая, что часто к этому приводит заболевание краснухой, необходимо было провести микробиологическое исследование.

Задания:

1. К какой группе микробов относится возбудитель краснухи?
2. К чему приводит заражение женщин в первые 4 месяца беременности?
3. Эпидемиология краснухи (источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции).
4. Методы микробиологической диагностики краснухи? Характер исследуемого материала?

5. Специфическая профилактика краснухи?

Ситуационная задача №36.

В детском саду заболело несколько детей с интервалом 18-20 дней, заболевание у всех сопровождалось приступообразным кашлем. На основании клинических данных и эпидемиологических данных был поставлен предварительный диагноз: «Коклюш».

Задания:

1. Назовите род возбудителя коклюша.
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя коклюша?
3. Эпидемиология коклюша: источник инфекции, механизм, факторы и пути передачи коклюша.
4. Какой метод микробиологической диагностики является основным при подозрении на коклюш? Что служит исследуемым материалом?
5. Специфическая профилактика коклюша?

Ситуационная задача №37.

В г. Москве возникла эпидемия гриппа, которая распространялась стремительно, ежедневно регистрировались многочисленные случаи заболеваний.

Задания:

1. К каким микроорганизмам относится возбудитель гриппа?
2. Какие различают типы возбудителей гриппа?
3. Какой тип возбудителя гриппа поражает и человека и животных?
4. Эпидемиология гриппа: источник инфекции, фактор и путь передачи инфекции?
5. Специфическая профилактика гриппа.

Ситуационная задача №38.

Грипп относится к респираторным вирусным инфекциям, вызывающим массовые тяжелые заболевания, возникают эпидемии и пандемии.

Задания:

1. Дайте определение понятиям «эпидемия» и «пандемия».
2. Какая характерная особенность возбудителя гриппа затрудняет проведение эффективной специфической профилактики?
3. Что служит исследуемым материалом при гриппе?
4. Какие методы диагностики применяются при гриппе?
5. Биологический препарат для неспецифической профилактики гриппа?

Ситуационная задача №39.

Во время пребывания на отдыхе в средней Азии у одной из отдыхающих появились непроходящие симптомы: светобоязнь, чувство жжения в глазах, слизисто-гнойное отделяемое из глаз, что характерно для заболевания трахомой.

Задания:

1. К какому роду микроорганизмов относятся возбудители трахомы?

2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей трахомы?
3. Какой вид паразитизма характерен для возбудителя трахомы?
4. Эпидемиология трахомы: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции.
5. Что служит исследуемым материалом при трахоме?

Ситуационная задача №40.

Группа туристов расположилась на ночлег около небольшого водоема. Так как было прохладно, только двое туристов решили искупаться. Через 10 дней у них появилось недомогание, резкие боли в мышцах, особенно в икроножных, пожелтение склер, температура тела повысилась до 40^0,чтонапоминало клинику лептоспироза.

Задания:

1. К каким микроорганизмам относится возбудитель лептоспироза по своей морфологии?
2. Как называется период от появления заражения до появления первых приступов заболевания?
3. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя лептоспироза?
4. Эпидемиология лептоспироза: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи лептоспироза.
5. Методы микробиологической диагностики лептоспироза? Что служит исследуемым материалом?

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.В.ОД.1 Торакальная хирургия

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний	51
Тестовые задания	38
Ситуационные (клинические) задачи	48

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5ºС, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,2°С. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9\times10^{12}$/л, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4\times10^{9}$/л, эоэинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого опре¬деляется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

1. Ваш диагноз?
2. Объём дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Задача № 2.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

Задание.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования вы наметите?
3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш ди-агноз подтвердится?
4. Современные методы лечения данной патологии?

Задача № 3.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома

VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°С, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

Задача № 4.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°С, появились боли в правой половине грудной клетки, усили-вающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание.

1. Какое заболевание вы заподозрили у больного?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы лечения данной патологии.

Задача № 5.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2˚С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения

видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Определение понятий: вариант развития, аномалия развития, порок развития, распространенность пороков развития органов дыхания и пищевода
2. Локальные нарушения строения трахеи и бронхов. Определение понятий: стеноз трахеи и бронхов, дивертикулы трахеи и бронхов, трахео (бронхо)-пищеводные свищи, частота встречаемости. Клиника и диагностика, показания к хирургическому лечению, особенности оперативных вмешательств
3. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Определение понятий: аневризма легочной артерии и ее ветвей, артериовенозный свищ, варикозное расширение легочных вен, болезни Рандю – Ослера, стеноз легочной артерии, лимфангиоэктазия и др. Частота встречаемости, патоморфологические изменения и патофизиологические расстройства
4. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Симптом «Ятагана»: определение, сочетание с другими патологиями, диагностика, хирургическая тактика
5. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к рентгенэндоваскулярным методам лечения. Методика и техника выполнения рентгенэндоваскулярных операций, осложнения
6. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника резекции легкого при аномалиях кровеносных сосудов
7. Классификация механических повреждений груди
8. Пневмоторакс, гемоторакс, эмфизема средостения и грудной стенки при механических повреждениях груди: диагностика и лечение
9. Показания к экстренной торакотомии при повреждениях груди
10. Современные шкалы объективной оценки тяжести механических повреждений
11. Ранения груди: определение, классификация, клиническая картина
12. Закрытая травма груди, определение, классификация, клиническая картина
13. Клинические признаки ранений груди, методы диагностики
14. Ранения легкого: виды, клиника, диагностика и лечение. Методика и техника операции ушивания раны легкого, особенности ревизии и хирургической обработки раневого канала в легком; показания к резекции легкого
15. Легочное кровотечение при травме груди: диагностика и тактика лечения
16. Легочные кровоизлияния при закрытой травме груди: определение, виды, клиника, диагностика и лечение
17. Внутриплевральное кровотечение при ранениях и закрытой травме груди: клиника, диагностика и лечебная тактика
18. Закрытые повреждения ребер, грудины, лопатки и ключицы. Флотация грудной стенки, определение, диагностика, методы стабилизации грудной стенки. Принципы респираторной поддержки при флотации грудной стенки. Показания и противопоказания к хирургической стабилизации костного каркаса груди, методы остеосинтеза ребер, осложнения

19. Огнестрельные ранения груди: классификация, механизм огнестрельных повреждений, понятие о раневой баллистике, патоморфологические изменения, патофизиологические нарушения
20. Свернувшийся гемоторакс: определение понятия, клиника и диагностика, тактика лечения
21. Эпидемиология рака легкого. Заболеваемость. Смертность. Бластомогенные факторы. Скрининг опухолей легкого в РФ и других странах. Принципы диагностики рака легкого в поликлинике и стационаре
22. Классификация опухолей легкого. Принципы построения и значение классификации опухолей легкого. Морфологическая классификация опухолей легкого, ее прикладное значение.
23. Клинико-анатомическая классификация рака легкого. Международная классификация рака легкого по системе TNM.
24. Хирургические методы диагностики опухолей легкого. Трансторакальная пункция опухоли. Биопсия шейных, надключичных, подмышечных лимфоузлов. Медиастиноскопия с биопсией средостенных узлов. Диагностическая видеоторакоскопия и торакотомия. Интраоперационное гистологическое исследование.
25. Хирургическое лечение немелкоклеточного рака легкого: показания, противопоказания, классификации объемов и видов операций. Общие онкологические принципы радикальных операций.
26. Комбинированное лечение рака легкого (понятие, задачи, виды); Лучевое лечение. Лекарственное противоопухолевое лечение (химиотерапия, таргетная терапия).
27. Хирургическое лечение злокачественных опухолей легкого: органосохранные операции (методика и показания), лобэктомия, лобэктомия с резекцией и пластикой бронха и сосудов, билобэктомия; сегментэктомия в онкологии.
28. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей легкого: трансторакальные и эндобронхоскопические операции.
29. Пневмонэктомия при раке легкого (методика, показания). Комбинированные операции при опухолях легких, типы, особенности.
30. Медиастинальная лимфаденэктомия при раке легкого (стандартная, выборочная, расширенная, двухсторонняя).
31. Особенности хирургического лечения метастатических опухолей легких.
32. Термические повреждения дыхательных путей: определение, степени повреждения, клиника и диагностика, осложнения, принципы лечения.
33. Стеноз трахеи: определение понятия, первичный и вторичный стеноз. Частота стеноза трахеи. Этиопатогенез первичного и вторичного стенозов трахеи. Классификация стеноза трахеи.
34. Стеноз трахеи: клиника и диагностика. Особенности клиники посттрахеостомических, посттравматических и других стенозов. Трахеомаляция после лучевой терапии и операций на щитовидной железе.
35. Эндоскопические методы лечения стеноза трахеи, реканализация трахеи: лазерная и коагуляционная, бужирование трахеи, особенности тактики при трахеомаляции.
36. Стеноз трахеи: показания и противопоказания к хирургическому лечению, методика и техника этапных реконструктивно-пластических операций на шейном отделе трахеи при первичном стенозе. Выбор операции при наличии стеноза и трахеомаляции, общие понятия о пластике шейного отдела по Грилло.
37. Циркулярная резекция трахеи: виды анастомозов: ларинго-трахеальный, трахео-трахеальный, трахео-бифуркационный и трахео-бронхиальный.
38. Опухоли трахеи: определение понятия, частота, классификация, клиника и диагностика.

39. Опухоли трахеи: особенности клиники доброкачественных и злокачественных опухолей, роль и значение компьютерной томографии и МРТ в диагностике опухолей трахеи. Эндоскопические методы диагностики.
40. Опухоли трахеи: реканализация и стентирование; паллиативные и радикальные операции. Профилактика и лечение осложнений эндоскопических манипуляций и операций.
41. Механические повреждения бронхов: клиника и диагностика, объем экстренной помощи в остром периоде травмы.
42. Механические повреждения бронхов: показания к торакотомии и пластике бронха, первичные и отсроченные операции. Показания к резекции легкого и пневмонэктомии.
43. Хирургическое лечение эхинококка легкого. Одна и двухэтапная эхинококкэктомия. Закрытая и открытая эхинококкэктомия, операция марсупиализации. Резекция легкого и пневмонэктомия. Одномоментные и последовательные двусторонние эхинококкэктомии.
44. Хирургическое лечение эхинококкоза легкого. Хирургическая тактика при сочетанном поражении легких, печени и других органов.
45. Гангрена легкого: определение понятия, частота встречаемости, этиология и патогенез, клиника и диагностика, фазы течения, типичные осложнения.
46. Гангрена легкого: принципы консервативного и хирургического лечения. Трансстернальная окклюзия легочной артерии и главного бронха как первый этап хирургического лечения гангрены легкого.
47. Первичный туберкулез органов дыхания, клинические формы. Первичный туберкулезный комплекс. Клиника и диагностика первичного туберкулеза, хирургическое лечение.
48. Вторичный туберкулез: клинико-рентгенологические варианты и осложнения, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика.
49. Очаговый туберкулез легких: определение, клинико-рентгенологические варианты, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению.
50. Инородные тела глотки и пищевода: частота встречаемости. Особенности повреждения пищевода инородными телами. Тактика ведения при инородных телах пищевода в зависимости от характера и сроков нахождения инородного тела.
51. Осложнения, связанные с инородными телами пищевода. Принципы профилактики повреждений пищевода при эндоскопическом удалении инородных тел.

Тестовые задания

1. Какой из перечисленных методов обладает наибольшими возможностями для диагностики рака легкого

а) бронхоскопия
б) анализ мокроты
в) трансторакальная игловая биопсия
г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия
д) сочетание перечисленных методов

2. Наиболее характерным признаком легочного кровотечения является

а) выделение крови изо рта
б) кашель с выделением алой пенистой крови
в) наличие затемнения в легком
г) наличие экссудата в плевральной полости
д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

3. К бронхоскопии целесообразно прибегнуть для

а) диагностики и верификации рака легкого
б) улучшения дренажной функции бронхов
в) изучения состояния внутренней поверхности бронхов
г) диагностики бронхов
д) диагностики абсцесса легкого

4. Для реторакотомии показаниями являются
а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
б) первичная несостоятельность культи бронха
в) внутриплевральное кровотечение
г) ателектаз легкого
д) напряженный пневмоторакс

5. Диагноз "Бронхоэктатическая болезнь" может быть поставлен на основании
а) рентгенографии легких в двух проекциях
б) фибробронхоскопического обследования
в) исследования функции внешнего дыхания
г) бронхографии
д) компьютерной томографии

6. Последствием каких заболеваний может быть реактивный экссудативный плеврит ?
а) бронхоэктатической болезни
б) абсцесса легкого
в) туберкулеза
г) острой пневмонии
д) эхинококкоза легкого

7. Для эвакуации экссудата из плевральной полости какие способы являются наиболее простыми?
а) дренирование плевральной полости
б) плевральная пункция
в) широкая торакотомия
г) введение дренажа по Сельдингеру
д) торакостомия

8. Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы
а) нарушения в репродуктивной системе организма
б) эндокринно-метаболические нарушения
в) курение
г) злоупотребление алкоголем
д) стрессы

9. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска ?
а) внутрипротоковая папиллома
б) болезнь Педжета
в) узловая мастопатия
г) киста
д) фиброаденома

10. Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются
а) пиопневмоторакс
б) пневмонэктомия

в) нагноение послеоперационной раны
г) гемоторакс
д) остеомиелит ребер и хондрит

11. Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы?
а) дуктография (галактография)
б) клинический
в) чрезгрудная флебография
г) маммографический (или ультразвуковой)
д) пневмоцистография
е) цитологический
ж) компьютерная томография
з) диафаноскопия

12. Активный дренаж плевральной полости показан
а) после каждой торакотомии
б) при гемотораксе вследствие перелома ребер
в) при рецидивирующем гемотораксе
г) при эмпиеме плевры
д) при междолевой пневмонии

13. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого справа на половину объема. С какого лечебно-диагностического мероприятия необходимо начинать ?
а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
б) с дренирования плевральной полости
в) с торакоскопии
г) с немедленной торакотомии
д) с симптоматического лечения

14. Для гангрены легкого характерно
а) развитие заболевания на фоне иммунной ареактивности организма
б) отсутствие грануляционного вала на границе поражения
в) прогрессирующий некроз легочной ткани
г) гнилостная инфекция
д) выраженная интоксикация

15. По причинам возникновения острые абсцессы легких можно разделить на
а) постпневмонические
б) травматические
в) аспирационно-окклюзионные
г) гематогенно-эмболические
д) лимфогенные

16. Современный скрининг включает
а) дуктографию
б) маммографию
в) квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах
г) ежемесячное самообследование
д) компьютерную томографию
е) дуктографию, маммографию
ж) маммографию, квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах, ежемесячное самообследование

17. Наиболее частыми осложнениями острого абсцесса легкого являются
а) пиопневмоторакс
б) кровотечение
в) аспирация гноя в здоровое легкое
г) сепсис с образованием гнойников в других органах
д) амилоидоз почек

18. Какой из перечисленных методов обладает наибольшими возможностями для диагностики рака легкого
а) бронхоскопия
б) анализ мокроты
в) трансторакальная игловая биопсия
г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия
д) сочетание перечисленных методов

19. Наиболее характерным признаком легочного кровотечения является
а) выделение крови изо рта
б) кашель с выделением алой пенистой крови
в) наличие затемнения в легком
г) наличие экссудата в плевральной полости
д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

20. К бронхоскопии целесообразно прибегнуть для
а) диагностики и верификации рака легкого
б) улучшения дренажной функции бронхов
в) изучения состояния внутренней поверхности бронхов
г) диагностики бронхов
д) диагностики абсцесса легкого

Ситуационные задачи

1. У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: Расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: Проходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит. Ваш диагноз ?

2. У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз ?

3. У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать ?

4. У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы. Томография:

Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз ?

5. Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

6. Больной 15 лет поступил с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты. Два месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха подавился приступом надсадного кашля. Через несколько дней повысилась температура до 38?С. При рентгеноскопии грудной клетки изменения не были обнаружены. В последующем стал беспокоить кашель со скудной мокротой неприятным запахом, а при рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При перкуссии укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание. На рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Какой диагноз ?

7. Больной 45 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. Во время подъема тяжести сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. Состояние при поступлении удовлетворительное: пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Над правым легким дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Какое заболевание наиболее вероятно ?

8. Больного в течение 15 дней беспокоят боли в грудной клетке, повышение температуры, общая слабость. Диагностирована нижнедолевая пневмония справа, проводилась антибактериальная терапия. Семь дней тому назад начал откашливать гнойную мокроту. Внезапно сильные боли в грудной клетке, холодный пот, одышка. Над правым легким дыхание резко ослаблено, а в нижних отделах правого легкого укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

9. Больной 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и затрудненное прохождение пищи в течение 3 месяцев. Из анамнеза: известно, что 2 года тому назад случайно выпил глоток уксусной кислоты. Клиническая картина может быть обусловлена

10. Больной 36 лет доставлен в приемный покой клиники с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, высокую температуру до 39?С, озноб. Из анамнеза: 10 дней назад в состоянии алкогольного опьянения упал с лестницы. К врачу не обращался. При поступлении состояние средней тяжести, эритроциты - 3,0•1012/л, Нв - 86, Ht - 37, лейкоциты12•109/л, СОЭ - 30 мм, пульс - 100 ударов в минуту, АД - 90/60 мм рт. ст. На рентгенограмме имеется затемнение в нижней доле правого легкого. Ваш диагноз ?

11. Больной 35 лет легочные заболевания отрицает. Час назад во время тренировки в спортзале появились резкие боли в левой половине грудной клетки, одышка, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпангит. Средостение смещено влево. Какое заболевание у больного необходимо заподозрить ?

12. Больной 30 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки 3 часа назад. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание спутанное, кожные покровы бледные,

покрыты холодным потом, тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной клетки 2 см, располагается слева по парастернальной линии на уровне 3-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

13. Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит, высокую температуру до 39?С. Болен около 4 месяцев. При обследовании состояние средней тяжести, увеличение периферических лимфоузлов больше в правой надключичной области до 1,5 х 2,0 см, подвижные, несвязанные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Какое наиболее вероятное заболевание у больного имеет место ?

14. Больной 16 лет поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, общую слабость. Во время занятий по физкультуре почувствовал резкую боль в грудной клетке слева, затрудненность дыхания. При поступлении больному произведена обзорная рентгенография грудной клетки, где определяется коллапс левого легкого. Какой диагноз нужно поставить больному ?

15. Больной 57 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой, общую слабость, повышение температуры до 38?С. При рентгенологическом исследовании полость в нижней доле левого легкого. Какой метод исследования для уточнения диагноза больному рекомендовать?

16. У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: Расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: Проходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит. Ваш диагноз ?

17. У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз ?

18. У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать ?

19. У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы. Томография: Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз ?

20. Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном

исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

1. Для реторакотомии показаниями являются
а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
б) первичная несостоятельность культи бронха
в) внутриплевральное кровотечение
г) ателектаз легкого
д) напряженный пневмоторакс

2. Диагноз "Бронхоэктатическая болезнь" может быть поставлен на основании
а) рентгенографии легких в двух проекциях
б) фибробронхоскопического обследования
в) исследования функции внешнего дыхания
г) бронхографии
д) компьютерной томографии

3. Последствием каких заболеваний может быть реактивный экссудативный плеврит ?
а) бронхоэктатической болезни
б) абсцесса легкого
в) туберкулеза
г) острой пневмонии
д) эхинококкоза легкого

4. Для эвакуации экссудата из плевральной полости какие способы являются наиболее простыми?
а) дренирование плевральной полости
б) плевральная пункция
в) широкая торакотомия
г) введение дренажа по Сельдингеру
д) торакостомия

5. Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы
а) нарушения в репродуктивной системе организма
б) эндокринно-метаболические нарушения
в) курение
г) злоупотребление алкоголем
д) стрессы

6. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска ?
а) внутрипротоковая папиллома
б) болезнь Педжета
в) узловая мастопатия
г) киста
д) фиброаденома

7. Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы?
а) дуктография (галактография)
б) клинический
в) чрезгрудная флебография
г) маммографический (или ультразвуковой)
д) пневмоцистография
е) цитологический
ж) компьютерная томография
з) диафаноскопия

8. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого справа на половину объема. С какого лечебно-диагностического мероприятия необходимо начинать ?
а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
б) с дренирования плевральной полости
в) с торакоскопии
г) с немедленной торакотомии
д) с симптоматического лечения

9. Для гангрены легкого характерно
а) развитие заболевания на фоне иммунной ареактивности организма
б) отсутствие грануляционного вала на границе поражения
в) прогрессирующий некроз легочной ткани
г) гнилостная инфекция
д) выраженная интоксикация

10. Современный скрининг включает
а) дуктографию
б) маммографию
в) квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах
г) ежемесячное самообследование
д) компьютерную томографию
е) дуктографию, маммографию
ж) маммографию, квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах, ежемесячное самообследование

11. Наиболее частыми осложнениями острого абсцесса легкого являются
а) пиопневмоторакс
б) кровотечение
в) аспирация гноя в здоровое легкое
г) сепсис с образованием гнойников в других органах
д) амилоидоз почек

12. Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется
а) выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками
б) отсутствием болевого синдрома
в) одышкой в покое
г) наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости
д) отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости

13. Ранними проявлениями рака легкого, требующими обязательного обследования больного, могут быть
а) кашель, резистентность к терапии

б) стабильность рентгенологической картины при лечении пневмонии
в) повышение чувствительности при постукивании груди и плзвоночника
г) повышение температуры до субфебрильных цифр
д) кровохарканье

14. Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются
а) пиопневмоторакс
б) пневмонэктомия
в) нагноение послеоперационной раны
г) гемоторакс
д) остеомиелит ребер и хондрит

15. Активный дренаж плевральной полости показан
а) после каждой торакотомии
б) при гемотораксе вследствие перелома ребер
в) при рецидивирующем гемотораксе
г) при эмпиеме плевры
д) при междолевой пневмонии

16. По причинам возникновения острые абсцессы легких можно разделить на
а) постпневмонические
б) травматические
в) аспирационно-окклюзионные
г) гематогенно-эмболические
д) лимфогенные

17. Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется
а) выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками
б) отсутствием болевого синдрома
в) одышкой в покое
г) наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости
д) отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости

18. Ранними проявлениями рака легкого, требующими обязательного обследования больного, могут быть
а) кашель, резистентность к терапии
б) стабильность рентгенологической картины при лечении пневмонии
в) повышение чувствительности при постукивании груди и плзвоночника
г) повышение температуры до субфебрильных цифр
д) кровохарканье

Ситуационные задачи

1. Больной 65 лет поступил с жалобами на боли с правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты с запахом около 750 мл в сутки, высокую температуру, общую слабость, озноб, выраженную интоксикацию. При рентгенологическом исследовании тотальное затемнение правого легкого. Поставлен диагноз: Гангрена правого легкого. Какой объем оперативного вмешательства нужно больному рекомендовать ?

2. Больной 50 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 350 мл, кровохарканье, повышение температуры, общую слабость. Болеет один месяц. На обзорной рентгенографии грудной клетки в верхней доле левого легкого определяется полость 8,0 х 6,0 см. Какой метод лечения больному нужно рекомендовать ?

3. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с гнойной мокротой, общую слабость. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа определяется тотальное коллабирование легкого с наличием жидкости над синусом. Поставлен диагноз: Правосторонняя эмпиема плевры с тотальным коллабированием легкого. Какие методы лечения больному нужно рекомендовать ?

4. Больной 67 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты до 150 мл, одышку, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза установлено, что больной перенес острый абсцесс верхней доли правого легкого. Выписан в удовлетворительном состоянии с остаточной полостью. При обзорной рентгенографии в верхней доле правого легкого полость размерами 4,0 х 5,0 см. Какой метод лечения нужно больному рекомендовать ?

5. Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болеет инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени. Какой метод лечения больному рекомендовать ?
а) интенсивную консервативную терапию
б) гемостатическую терапию
в) лечебную бронхоскопию
г) эмболизацию бронхиальных артерий
д) хирургическое лечение

6. Больной 55 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, общую слабость, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови. При опросе больного выделено, что получил закрытую травму грудной клетки, к врачу не обращался. При обзорной рентгенографии грудной клетки слева имеется перелом 1У и У ребер и свернувшийся гемоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

7. Больная 20 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, диффузного гнойного перитонита. В послеоперационном периоде у больной появились боли в правой половине грудной клетки, общая слабость, одышка, высокая температура до 38?-39?С. При рентгенологическом исследовании установлено тотальное затемнение правого легкого. При перкуссии - притупление перкуторного звука, аускультативно - резкое ослабление дыхания справа. Поставлен диагноз: Тотальный экссудативный плеврит. Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать ?

8. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли при глотании, чувство жжения, першения, сухость, кашель, ощущение инородного тела, нарушение глотания, неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение. Выше указанные жалобы беспокоят в течение 7 лет, к врачу не обращался. Последнее время отмечает выраженность указанных симптомов, повышение температуры до 38?С. Доставлен в клинику с предварительным диагнозом: Инородное тело пищевода или рак пищевода. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода выявлено наличие дивертикула с нагноением. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать?

9. Больной 55 лет была произведена пневмонэктомия по поводу гангрены правого легкого. В послеоперационном периоде осложнения - наличие жидкости в плевральной полости, произведено удаление жидкости. В настоящее время имеется остаточная эмпиемная полость без бронхиального свища. Лечение больной плевральными пункциями,

промыванием плевральной полости и дренированием ее, эмпиему плевральной полости не ликвидировали. Общее состояние удовлетворительное, признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать?

10. Больной 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась бронхиальным свищом и эмпиемой плевры. Лечение больной в течение года плевральными пункциями, промываниями плевральной полости и дренированием ее не ликвидировали эмпиему плевры с бронхиальным свищом. Общее состояние средней тяжести. Признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?
а) дренирование плевральной полости
б) торакоскопическая ультразвуковая санация с обработкой бронхиального свища
в) окклюзия бронхообтуратором бронхиального свища
г) трансперикардиальная окклюзия главного бронха
д) торакопластика по Линбергу

11. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли в межлопаточном пространстве, дисфагию. Из анамнеза: случайно выпил аккумуляторную жидкость вместо минеральной воды. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода отмечается наличие стриктуры на протяжении верхней и средней трети пищевода. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному ?

12. Больной получил дорожную травму, доставлен в тяжелом состоянии, картина травматического шока 1У ст. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом костей таза. Обращают на себя внимание одышка и тахикардия. Аускультативно: резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева темпанит, над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?
а) немедленную торакотомию
б) лапароскопию
в) выведение больного из шока
г) применение различных видов новокаиновых блокад
д) динамическое наблюдение и симптоматическое лечение

13. Больной 45 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке справа, наличие колото-резаной раны размером 1,0 х 1,0 см в правой половине грудной клетки по парастернальной линии во 2-м межреберье. Кожные покровы бледны, покрыты холодным потом. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание справа резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При пункции получена кровь, которая свернулась в шприце. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

14. Больной 26 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, наличие колото-резаной раны. Из анамнеза: ножевое ранение получил 3 часа тому назад. В грудной клетке слева на уровне 3-го межреберья по среднеключичной линии размером 1,5 х 2,0 см. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 90 ударов в минуту. Аускультативно ослаблено дыхание в нижних отделах слева. При рентгенологическом исследовании пневмоторакса нет, но имеется жидкость в синусе. Эритроциты - 3,7•1012/л, Нв - 130, Ht - 38. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

15. У больного 30 лет диагностирован гангренозный абсцесс верхней доли левого

легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения для него является

16. Больной 45 лет попал в автомобильную аварию. Доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кровохарканье, парадоксальное дыхание правой половины грудной клетки, где при рентгенологическом исследовании выявлен оскольчатый перелом ребра справа по среднеключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков 1У ребра, которое сломано по 3-м линиям, гемоторакс. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 115 ударов в минуту, слабого наполнения, напряженный. При плевральной пункции эвакуирована кровь, которая свертывается в шприце, в шприц свободно поступает воздух. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

17. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом 5 ребер слева, 4 - справа, выраженная подкожная эмфизема, двухсторонний пневмоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному?
а) двухсторонняя торакотомия
б) наложение трахеостомии и искусственная вентиляция легких
в) интубация и искусственная вентиляция легких
г) введение игл в подкожную клетчатку
д) дренирование обоих плевральных полостей

18. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксилярной линии справа 4 ребра и слева 3 ребра, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным пневмоторакса и гемоторакса нет. Какие лечебные мероприятия больному нужно рекомендовать ?
а) проведение новокаиновых блокад
б) дренирование обеих плевральных полостей
в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
г) насечки на коже грудной клетки и шеи
д) динамическое наблюдение

19. Больной 30 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку. Общее состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД - 11/70 мм рт. ст. При рентгенологическом исследовании выявлен коллапс легкого на половину объема. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

20. Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному ?
а) пункция плевральной полости
б) комплекс реанимационных мероприятий
в) пункция перикарда
г) переливание крови
д) немедленная торакотомия

21. Больной 70 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке справа, одышку, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови, выраженной подкожной эмфиземой. При обзорной рентгенографии перелом Ш, 1У, У ребер справа, пневмоторакс. Произведено дренирование правой плевральной полости во 2-м межреберье двумя дренажами. Однако подкожная эмфизема быстро нарастает, через дренаж непрерывно поступает воздух и кровь.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

22. Больной 20 лет упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока Ш-1У ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии - надрыв левого главного бронха. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?
а) продолжать активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума
б) произвести переднюю верхнюю медиастинотомию
в) произвести обтурацию бронхоблокаторов
г) сделать левостороннюю пневмонэктомию
д) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха

23. Больной 35 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, общую слабость, наличие колото-резаной раны грудной клетки слева на 8 межреберье среднеподмышечной линии. Из анамнеза: 2 часа назад получил колото-резаную рану грудной клетки слева. Состояние средней тяжести, АД - 100/70 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в минуту, эритроциты - 3,5•1012/л, Нв - 90, Ht - 35. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется малый гемоторакс. Язык суховат, живот болезненный в левом подреберье, напряжения в легких нет. У больного торако-абдоминальные ранения. Какой диагноз у больного? Какие лечебные мероприятия больному рекомендовать ?

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.В.ОД.2 Эндоскопия

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	77
Тестовые задания	224
Ситуационные (клинические) задачи	10

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний

1. Характеристика состояния здоровья населения и задачи здравоохранения по его охране.
2. Основные демографические показатели, характеризующие здоровье населения.
3. Организация работы зав. отделением (кабинетом) эндоскопии.
4. Современное состояние эндоскопической помощи и пути ее развития.
5. Организация эндоскопической помощи сельскому населению.
6. Организация неотложной эндоскопической помощи населению.
7. Анализ деятельности врача-эндоскописта.
8. Санитарно-эпидемиологический режим эндоскопического отделения.
9. Этика и деонтология врача-эндоскописта.
10. Клиническая и эндоскопическая топографическая анатомия головы и шеи.
11. Клиническая и эндоскопическая топографическая анатомия и оперативная хирургия грудной клетки.
12. Клиническая и эндоскопическая топографическая анатомия и оперативная хирургия брюшной полости.
13. Клиническая и эндоскопическая топографическая анатомия и оперативная хирургия органов таза.
14. Эзофагоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
15. Гастроскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
16. Дуоденоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
17. Ректоскопия и колоноскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
18. Бронхоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
19. Лапароскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
20. Торакоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
21. Медиастиноскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.

22. Холедохоскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
23. Гистероскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
24. Артроскопия: показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного.
25. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
26. Кардиоспазм. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
27. Эзофагит. Ожоговая стриктура. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
28. Дивертикулы пищевода. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
29. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
30. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли пищевода. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
31. Рак пищевода. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
32. Гастриты. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
33. Эрозии желудка. Острая язва желудка. Хроническая язва желудка. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
34. Доброкачественные эпителиальные и неэпителиальные опухоли желудка. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
35. Злокачественные неэпителиальные опухоли желудка. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
36. Рак желудка. Ранний рак. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
37. Болезни оперированного желудка. Гастрит культи желудка. Язвы культи желудка. Анастомозит. Рак культи желудка. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
38. Острые и хронические дуодениты. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
39. Острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Постбульбарные язвы. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
40. Папиллит. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
41. Доброкачественные опухоли большого дуоденального соска. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
42. Рак большого дуоденального соска. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
43. Геморрой. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
44. Хронические колиты. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
45. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
46. Дивертикулез толстой кишки. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
47. Полипы и диффузный полипоз толстой кишки. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
48. Рак прямой и ободочной кишки. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
49. Трахеит. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
50. Острый и хронический бронхит. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
51. Острая и хроническая пневмония. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
52. Бронхоэктазы. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
53. Абсцесс легкого. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
54. Кисты легкого. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
55. Доброкачественные опухоли трахеи и бронхов. Клиника, семиотика, эндоскопическая

диагностика.

56. Злокачественные опухоли трахеи и бронхов. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
57. Рак трахеи и бронхов. Рак легкого. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
58. Туберкулез бронхов. Пневмокониозы. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
59. Заболевания органов гепатобиллиарной зоны. Клиника, семиотика, эндоскопическая диагностика.
60. Хронические воспалительные заболевания органов брюшной полости. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
61. Онкологические заболевания органов брюшной полости. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
62. Заболевания кишечника. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
63. Заболевания органов малого таза. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
64. Заболевания органов забрюшинного пространства. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
65. Травматические повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиника, семиотика, лапароскопическая диагностика.
66. Торакоскопия в диагностике заболеваний плевры и легких.
67. Медиастиноскопия в диагностике заболеваний органов переднего средостения.
68. Холедохоскопия в диагностике заболеваний желчных путей.
69. Гистероскопия в диагностике заболеваний матки.
70. Артроскопия в диагностике заболеваний коленного сустава.
71. Местное лечение язв желудка и 12-перстной кишки через эндоскоп.
72. Местный гемостаз через эндоскоп при желудочно-кишечных кровотечениях.
73. Извлечение инородных тел из желудочно-кишечного тракта во время эндоскопического исследования.
74. Эндоскопическая полипэктомия из пищевода желудка, двенадцатиперстной и толстой кишок.
75. Санационная бронхоскопия.
76. Извлечение инородных тел из трахеобронхиального дерева.
77. Лечебная и оперативная холедохоскопия.

Тестовые задания

1. Основным методом верификации эндоскопического заключения является
а) операция
б) рентгенологическое исследование
в) гистологическое исследование
г) ультрасонография
д) манометрия

2. Наиболее часто для гистологического изучения ткани используется препарат в виде
а) мазка
б) отпечатка
в) пленки
г) тонкого среза ткани
д) центрифугата

3. Взятый для гистологического исследования материал
а) подлежит фиксации обязательно
б) фиксации не подлежит
в) подлежит или не подлежит фиксации в зависимости от методов дальнейшей обработки

4. В качестве фиксатора обычно используется
а) спирт
б) формалин
в) формальдегид
г) парафин

5. Окрашивание срезов препаратов применяют для
а) выявления структур тканей и клеток
б) увеличения контрастности изображения отдельных структур при рассматривании их в микроскоп
в) увеличения сроков использования препаратов

6. Обычный гистологический препарат может быть использован для изучения в течении
а) 1 месяца
б) 1 года
в) 2 лет
г) нескольких лет

7. Основным методом изучения гистологических препаратов является
а) световая микроскопия
б) ультрафиолетовая микроскопия
в) флюоресцентная микроскопия
г) фазово-контрастная микроскопия
д) электронная микроскопия (а)

8. Материал для гистологического исследования при эндоскопическом осмотре получают с помощью
а) биопсийных щипцов
б) диатермической петли
в) диатермических щипцов
г) специальных пункционных игл
д) диатермических ножниц

9. Методами забора материала для цитологического исследования являются:
а) метод соскоба
б) метод смыва (лаваж)
в) метод мазков-отпечатков
г) аспирационный метод

10. Показанием к пункционной биопсии при эндоскопическом исследовании могут служить
а) диффузные заболевания печени
б) глубоко расположенные поражения
в) подслизистые опухоли
г) опухолевидные забрюшинные образования
д) гистозные образования (а)

11. Показаниями к аспирационной биопсии являются:
а) перибронхиальные опухоли
б) внутригрудные аденопатии
в) опухолевидные забрюшинные образования
г) уточнение характера спленомегалии
д) кистозные заболевания печени

12. Показаниями к браш-биопсии являются:
а) патологические изменения слизистой оболочки
б) гранулярные поражения париетальной брюшины
в) используется как дополнение к щипковой биопсии
г) подслизистые опухоли

13. Показаниями к щипцовой биопсии являются:
а) патологические процессы слизистой оболочки
б) очаговые поражения печени (исключая кистозные и сосудистые)
в) склерокистоз яичников
г) подслизистые опухоли
д) гранулярные поражения париетальной брюшины

14. Показаниями к петельной биопсии являются:
а) необходимость получить большее количество материала для исследования
б) болезнь Менетрие
в) подозрение на злокачественное поражение слизистой оболочки
г) отрицательный результат неоднократной щипцовой биопсии при макроскопических изменениях слизистой оболочки, подозрительных на малигнизацию
д) подслизистые опухоли (в том числе подозрение на эктопированную поджелудочную железу)

15. При заборе материала на цитологическое исследование в бронхологии наиболее часто применяется
а) метод соскоба ("щеточная" цитология)
б) метод смыва (лаваж)
в) эксфолиативная цитология
г) метод мазков-отпечатков

16.При эзофагогастродуоденоскопии для забора материала на цитологическое исследование наиболее часто применяется
а) метод соскоба ("щеточная" биопсия)
б) метод смыва (лаваж)
в) эксфолиативная цитология
г) метод мазков-отпечатков

17. При бронхоскопии наиболее часто применяется
а) забор материала на цитологическое исследование
б) биопсия
в) одинаково часто а) и б)

18. При эзофагогастродуоденоскопии наиболее часто применяется
а) забор материала на цитологическое исследование
б) биопсия
в) одинаково часто а) и б)

19. Предшественниками для более дифференцированных клеток многорядного эпителия являются

а) вставочные клетки

б) эпителиальные клетки желез

в) эпителиальные клетки базального слоя

20. Однослойный эпителий может быть однорядным и многорядным.

а) да

б) нет

21. Острое воспаление морфологически характеризуется наличием в инфильтрате большого количества

а) нейтрофильных лейкоцитов

б) лимфоцитов

в) эритроцитов

г) плазмоцитов

22. При хроническом воспалении в инфильтрате в большом количестве присутствуют

а) нейтрофильные лейкоциты

б) лимфоциты и плазмоциты

в) эритроциты

г) эозинофилы

23. Морфологическими признаками обострения хронического воспаления могут являться:

а) наличие большого количества эритроцитов в инфильтрате

б) примесь нейтрофильных лейкоцитов в инфильтрате

в) наличие в инфильтрате лимфоцитов

24. Непосредственными причинами развития дистрофий могут служить:

а) только нарушения клеточных механизмов, обеспечивающих трофику

б) только нарушения внеклеточных механизмов, обеспечивающих трофику

в) нарушения как клеточных, так и внеклеточных механизмов, обеспечивающих трофику

25.Для доброкачественных опухолей характерны:

а) клеточный атипизм

б) тканевой атипизм

в) экспансивный медленный рост

г) инфильтрирующий рост

д) отсутствие метастазов

26.Для злокачественных опухолей характерны:

а) клеточный атипизм

б) тканевой атипизм

в) экспансивный медленный рост

г) инфильтрирующий рост

д) отсутствие метастазов

27.Наибольшее значение среди фоновых предопухолевых изменений эпителия желудочно-кишечного тракта придают

а) дистрофии

б) атрофии
в) гиперплазии
г) дисплазии
д) метаплазии

28. При рентгенологическом исследовании при пневмокониозе определяются следующие типы затемнения:
а) интерстициальный
б) опухолевидный
в) узелковый
г) узловой

29. Для I стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков
а) 1,0 - 2,5 мм
б) 2,5 - 5,0 мм
в) 5 - 10 мм
г) 10 - 15 мм
д) 15 - 20 мм

30. Для II стадии узелкового пневмокониоза характерны размеры узелков
а) 1,0 - 2,5 мм
б) 2,5 - 5,0 мм
в) 5 - 10 мм
г) 10 - 15 мм
д) 15 - 20 мм

31. По рентгенологической картине актиномикоз напоминает
а) пневмонию
б) туберкулез
в) бронхоэктатическую болезнь
г) поликистоз легких
д) рак легкого

32. При дифференциальной диагностике перибронхиальной формы центрального рака легкого и цирроза наиболее информативны
а) бронхоскопия
б) томография
в) томография и бронхоскопия
г) томография, бронхоскопия и бронхография

33. Для диагностики внутрибронхиальной аденомы и дистальных изменений бронхиального дерева нужны
а) рентгенография
б) томография
в) бронхоскопия
г) бронхография

34. При ... форме центрального рака легкого бронхография может быть необходимой
а) эндобронхиальной, обтурирующей
б) перибронхиальной разветвленной
в) бронхиоло-альвеолярной

35.Сброс контрастного вещества из желчных протоков в норме наступает через

а) 1-2 минуты
б) 3-4 минуты
в) 5-12 минут
г) 16-20 минут

36.Рентгенологическими признаками холедохолитиаза являются:
а) дефекты наполнения с четкими контурами и округлой формой
б) расширение общего желчного протока
в) оттеснение общего желчного протока
г) блокада общего желчного протока, имеющая зазубренные контуры

37.При холангиографии на рентгенограммах тень конкремента, если контрастное вещество не обтекает камень, имеет вид
а) ровного четкого овала
б) полулунного дефекта наполнения
в) "писчего пера"
г) "когтя"

38.Рак желчных протоков при холангиографии устанавливается на основании следующих признаков:
а) неравномерного стенозирования
б) блокады и супрастенотического расширения
в) смещения общего желчного протока
г) нарушения эвакуации контрастного вещества
д) изогнутости и высокого расположения общего желчного протока

39.При первичном раке общего желчного протока его культя приобретает форму
а) ровного четкого овала
б) полулунного дефекта наполнения
в) "писчего пера"
г) "когтя"

40.При раке большого дуоденального сосочка терминальный отдел общего желчного протока приобретает форму
а) ровного четкого овала
б) полулунного дефекта наполнения
в)"писчего пера"
г) "когтя"

41.Зона злокачественной обструкции общего желчного протока может иметь следующие виды:
а) ровного овала
б) перевернутой буквы U
в) перевернутой буквы V
г) нечеткий
д) кистоподобный

42.При раке желчного пузыря отмечается следующая рентгенологическая картина:
а) неровность контуров желчного пузыря
б) желчный пузырь не контрастируется при хорошо контрастированных внутрипеченочных протоках
в) отсутствие контрастирования желчного пузыря и обструкция общего желчного протока

г) в просвете желчного пузыря определяются нечеткие тени
д) полость желчного пузыря сужена

43.Признаками рака желчного пузыря при сдавлении общего желчного протока являются:
а) криволинейное сдавление общего желчного протока с правой стороны
б) изогнутость и высокое расположение общего желчного протока
в) смещение общего желчного протока вперед и влево
г) смещение общего желчного протока назад и вправо

42.Рак желчного пузыря при чрескожной чреспеченочной холецистохолангиографии устанавливается на основании следующих признаков:
а) теневой дефект стенки распространяется только на одну стенку
б) контрастные тени не имеют четких граней, свойственных скоплению камней
в) полость желчного пузыря сужена и деформирована
г) опорожнение от контрастного вещества несвоевременное

43.Сброс контрастного вещества из протоков поджелудочной железы в норме наступает через
а) 1-2 минуты
б) 3-4 минуты
в) 5-12 минут
г) 16-20 минут

44.Блокада панкреатического протока при раке поджелудочной железы на панкреатограммах может иметь вид
а) гладкого овала
б) четкого зазубренного обрыва
в) заостренного периферического конца
г) по типу кисты (кистовидно дилятированный)
д) нечетко контурируется

45.Изменения панкреатограмм при раке поджелудочной железы могут иметь следующие варианты:
а) диффузное сужение панкреатического протока с отсутствием контрастирования ветвей
б) участок стенозирования главного панкреатического протока с отсутствием контрастирования ветвей в этой области
в) участок неравномерного стенозирования главного панкреатического протока с частично сохраненным контрастированием
ветвей этой области
г) диффузное сужение панкреатического протока с кистовидно расширенными ветвями, отходящими от него

46.При стенозе, обусловленном раком поджелудочной железы, панкреатические ветви в области стеноза
а) присутствуют
б) отсутствуют

1. ЭГДС в плановом порядке проводится для
а) установления диагноза
б) оценки эффективности лечения
в) определения источника кровотечения

г) проведения лечебных и оперативных манипуляций через эндоскоп
д) определения наличия пенетрации язвы

2. Относительными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются:
а) психические заболевания
б) кардиоспазм 3 стадии
в) воспалительные заболевания миндалин, глотки, органов дыхания
г) варикозное расширение вен пищевода 4 степени
д) стенокардия напряжения

3. Абсолютными противопоказаниями к плановой ЭГДС являются:
а) инфаркт миокарда в острой стадии
б) нарушение мозгового кровообращения в острой стадии
в) гемофилия
г) психические заболевания
д) варикозное расширение вен пищевода 4 степени

4. ЭГДС в плановом порядке больному с инфарктом миокарда можно выполнять через ..... после стихания острых явлений.
а) 2 недели
б) 1 месяц
в) 2 месяца
г) 3 месяца

5. Показаниями к экстренной ЭГДС являются:
а) инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта
б) варикозное расширение вен пищевода
в) перфорация пищевода и желудка
г) химический ожог пищевода
д) хиатальная аксиальная грыжа
е) желудочно-кишечное кровотечение
ж) на операционном столе для уточнения локализации патологического образования

6.Абсолютными противопоказаниями к экстренной ЭГДС являются:
а) инфаркт миокарда в острой стадии
б) инсульт в острой стадии
в) психические заболевания
г) перфорация пищевода
д) химический ожог пищевода Ш ст.

7.Эндоскопическое исследование после операций на органах брюшной полости можно выполнять
а) через одни сутки
б) через 2-3 дня
в) через неделю
г) через две недели
д) в любое время

8.Показаниями к эндоскопическому обследованию больных в раннем послеоперационном периоде являются:
а) пептическая язва анастомоза
б) кровотечение из культи желудка
в) непроходимость анастомотического кольца

г) несостоятельность швов анастомоза
д) парез кишечника

9.Показаниями к проведению декомпрессивного зонда в тонкую кишку являются:
а) обтурационная тонкокишечная непроходимость без признаков перитонита
б) спаечная тонкокишечная непроходимость без признаков перитонита
в) тонкокишечная непроходимость с подозрением на нарушение целостности кишки
г) динамическая кишечная непроходимость, которую не удается ликвидировать консервативными мероприятиями
д) ранняя послеоперационная спаечная непроходимость

10.Показаниями к проведению зонда в тонкую кишку для энтерального питания являются:
а) декомпенсированный язвенный пилородуоденальный стеноз
б) несостоятельность анастомоза с явлениями перитонита
в) стенозирующие опухоли пищевода, желудка и 12-перстной кишки с выраженными нарушениями пассажа пищи
г) органическая или функциональная непроходимость верхних отделов пищеварительного тракта после хирургического
вмешательства на пищеводе, желудке или 12-перстной кишке
д) резко выраженный рубцовый стеноз гастроэнтероанастомоза

11.Противопоказаниями к эндоскопическому проведению зонда в тонкую кишку являются:
а) несостоятельность анастомоза с явлениями перитонита
б) повреждение стенки полого органа с явлениями перитонита
в) состояние после повторной лапаротомии по поводу недостаточности внутрибрюшного анастомоза
г) ранний послеоперационный период
д) тяжелое состояние и абсолютное бесперспективность лечения больного

12.Желудок опорожняется от пищи в среднем за
а) 3 часа
б) 6 часов
в) 9 часов
г) 12 часов
д) 24 часа

13.Наиболее частыми причинами перфорации верхней трети пищевода при ЭГДС являются:
а) анатомические особенности строения стенки пищевода
б) дивертикул пищевода
в) распадающаяся опухоль пищевода
г) инородные тела пищевода
д) химический ожог пищевода 3 степени
е) неопытность врача эндоскописта

14.Наиболее частыми причинами перфорации средней трети пищевода при ЭГДС являются:
а) анатомические особенности строения стенки пищевода
б) дивертикул пищевода
в) распадающаяся опухоль пищевода
г) инородные тела пищевода

д) химический ожог пищевода 3 степени
е) неопытность врача эндоскописта

15.Наиболее частыми причинами перфорации нижней трети пищевода ЭГДС являются:
а) анатомические особенности строения стенки пищевода
б) дивертикул пищевода
в) распадающаяся опухоль пищевода
г) инородные тела
д) химический ожог пищевода 3 степени
е) неопытность врача эндоскописта

16.Клиническими симптомами перфорации шейного отдела пищевода являются:
а) боль при глотании
б) осиплость голоса
в) подкожная эмфизема
г) саливация
д) рвота

17.Клиническими симптомами перфорации грудного отдела пищевода являются:
а) боль при глотании
б) осиплость голоса
в) дисфагия
г) повышение температуры тела
д) нарушение дыхания

18.Для местной анестезии ротоглотки при ЭГДС лучше использовать
а) 0,25% новокаин
б) 0,1% дикаин
в) 10% аэрозоль лидокаина
г) 2% раствор лидокаина

19.Аэрон под язык при ЭГДС назначают для
а) усиления местной анестезии
б) снятия рвотного рефлекса
в) уменьшения саливации

20.Промывание желудка перед ЭГДС требуется больным с
а) стриктурами пищевода
б) декомпенсированным стенозом привратника
в) хиатальной аксиальной грыжей Ш степени
г) подозрением на кровотечение из верхних отделов ЖКТ
д) химическим ожогом пищевода

21. Преимуществом эндоскопа с торцевым расположением окна объектива является:
а) увеличение поля зрения
б) уменьшение протяженности неподвижного конца
в) повышение четкости изображения
г) повышение герметичности аппарата

22. К неподвижной рабочей части эндоскопа относится:
а) окуляр
б) соединительное кольцо

в) дистальная часть эндоскопа до первого изгиба
г) объектив

23. Форма эндоскопа по длине сохраняется за счет
а) пластмассового покрытия
б) металлической оплетки
в) пружинной оболочки

24. Форма эндоскопа по диаметру сохраняется за счет
а) пластмассового покрытия
б) металлической оплетки
в) пружинной оболочки

25. Резиновое покрытие управляемой части эндоскопа служит для
а) повышения прочности
б) облегчения изгибов
в) облегчения ремонта
г) электроизоляции аппарата

26. Максимальным углом изгиба управляемой части эндоскопа следует считать
а) сгибание свыше 180 градусов
б) возможность производить сгибание в двух плоскостях
в) возможность производить сгибание в четырех направлениях
г) суммарная величина двух максимальных углов изгибов в одной плоскости

27. Рабочей частью эндоскопа следует считать
а) часть эндоскопа от объектива до окуляра
б) часть эндоскопа от объектива до соединительного кольца
в) часть эндоскопа, включающая неподвижный и управляемый отделы

28. Изображение по стекловолоконному пучку передается
а) каждым стекловолокном в отдельности
б) всеми стекловолоконными пучками в целом
в) за счет наличия линз и призм

29. Отсасывание из полости производится через
а) специальный канал эндоскопа
б) биопсийный канал
в) канал, подающий воздух
г) канал, подающий воду

30. Минимальная годовая нагрузка на фиброволоконный аппарат составляет
а) 500 исследований
б) 600 исследований
в) 700 исследований
г) 800 исследований
д) 1000 исследований

31. Для выполнения диагностической эзофагоскопии взрослому требуется
а) 20 минут
б) 30 минут
в) 40 минут
4.1.45. Для выполнения лечебной эзофагоскопии взрослому требуется

а) 30 минут
б) 50 минут
в) 60 минут

32. Для выполнения диагностической эзофагогастроскопии взрослому требуется
а) 45 минут
б) 55 минут
в) 65 минут

33. Для выполнения лечебной эзофагоскопии взрослому требуется
а) 40 минут
б) 60 минут
в) 70 минут

34. Для выполнения диагностической эзофагогастродуоденоскопии взрослому требуется
а) 55 минут
б) 65 минут
в) 70 минут

35. Для выполнения лечебной эзофагогастродуоденоскопии взрослому требуется
а) 55 минут
б) 65 минут
в) 70 минут

36. Гастроскопом с торцевой оптикой удается осмотреть
а) все отделы 12-перстной кишки до двенадцатиперстнотощекишечного изгиба
б) только луковицу 12-перстной кишки
в) луковицу и нисходящий отдел 12-перстной кишки
г) все отделы 12-перстной кишки и начальный отдел тощей кишки

37. Дуоденоскопом удается осмотреть
а) все отделы 12-перстной кишки до двенадцатиперстнотощекишечного изгиба
б) только луковицу 12-перстной кишки
в) луковицу и нисходящий отдел 12-перстной кишки
г) все отделы 12-перстной кишки и начальный отдел тощей кишки

38. Эзофагоскоп применяется в основном для
а) диагностики заболеваний пищевода
б) проведения лечебных манипуляций в пищеводе
в) диагностических осмотров и лечебных манипуляций в пищеводе

39. Детальный осмотр слизистой оболочки пищевода производится
а) при введении эндоскопа
б) при выведении эндоскопа
в) и при введении и при выведении эндоскопа

40. Наиболее частой причиной затруднения продвижения эндоскопа из кардиального отдела в тело желудка является
а) хиатальная аксиальная грыжа
б) "каскадный" желудок
в) деформация желудка, обусловленная сдавлением из вне
г) опухоли желудка

д) постъязвенная деформация желудка

41. Детальный осмотр слизистой оболочки желудка производится
а) при введении эндоскопа
б) при выведении эндоскопа
в) и при введении и при выведении эндоскопа

42. Детальный осмотр луковицы 12-перстной кишки производится при
а) введении эндоскопа
б) выведении эндоскопа

43. Детальный осмотр нисходящего отдела 12-перстной кишки производится
а) при введении эндоскопа
б) при выведении эндоскопа
в) и при введении и при выведении эндоскопа

44. Обязательными элементами обработки фиброволоконных аппаратов являются:
а) очистка и дезинфекция
б) очистка и стерилизация
в) дезинфекция и стерилизация

45. Наилучшим способом стерилизации эндоскопического инструментария является:
а) автоклавирование
б) газовая стерилизация
в) сухожаровая камера
г) дезинфицирующие растворы

46. Растворы, рекомендуемые для стерилизации эндоскопов:
а) Сайдекс
б) гигасепт ФФ
в) глютаровый альдегид
г) виркон
д) этиловый спирт

47. Необходимость стерилизации эндоскопов возникает
а) после каждого эндоскопического исследования
б) в конце рабочего дня
в) после осмотра больного с инфекционным заболеванием

48. Применение газовой стерилизации в эндоскопии ограничено
а) длительностью стерилизации
б) длительностью дегазации
в) ненадежностью стерилизации
г) трудностью контроля за эффективностью стерилизации

49. Обработку эндоскопа целесообразно проводить
а) в каждом эндоскопическом кабинете
б) в отдельном кабинете по профилю эндоскопического исследования
в) в специально оборудованном помещении (для всех эндоскопов)
г) вне лечебного учреждения (в заводских условиях

50. Препарат Сайдекс сохраняет свои дезинфицирующие и стерилизующие свойства после приготовления раствора в течении

а) 8 часов
б) 24 часов
в) 7 дней
г) 14 дней
д) 1 месяца

51. При особо опасных инфекциях целесообразно применять
а) обработку эндоскопа в стерилизующих растворах
б) газовую стерилизацию
в) одноразовый эндоскоп

52. Показаниями к проведению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) являются:
а) патологические изменения большого дуоденального сосочка (БДС)
б) подозрение на заболевания протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей
в) желтуха
г) подозрение на кисту поджелудочной железы

53. Противопоказаниями к проведению ЭРПХГ в плановом порядке являются:
а) повышенная чувствительность к йодсодержащим препаратам
б) острый панкреатит и обострение хронического панкреатита
в) инфекционно-воспалительные заболевания печени и желчных путей
г) острый холецистит
д) опухоли печени

54. ЭРПХГ необходимо выполнять в
а) эндоскопическом кабинете, оборудованном рентгентелевизионной установкой
б) рентгенологическом кабинете
в) рентгеноперационной

55. Премедикация перед ЭРПХГ заключается в назначении
а) седативных препаратов накануне и за 30 минут до исследования
б) сердечно-сосудистых препаратов за 30 минут до исследования
в) внутримышечного введения 1 мл 0,1% атропина и 1 мл 2% промедола за 30 минут до исследования
г) внутривенного введения 2 мл метацина и 2 мл НО-ШПЫ во время исследования
д) антибиотиков накануне и в течении 3 дней после исследования

56. К приемам, улучшающим условия канюляции БДС, относятся:
а) больной поворачивается на живот
б) эндоскоп проводится ниже БДС с последующим подтягиванием
в) приподнимается ножной конец стола
г) катетер заводится снизу вверх с использованием леватора
д) подача контрастного вещества в период канюляции

57. Контрастное вещество используется
а) неразведенным
б) разведенным наполовину
в) разведенным до 20-30% раствора
г) разведенным до 10-15% раствора

58. Для проведения холангиографии достаточно
а) 10-15 мл контрастного вещества
б) 20-25 мл контрастного вещества
в) 30-40 мл контрастного вещества
г) 50-60 мл контрастного вещества

59. Количество контрастного вещества, вводимого в главный панкреатический проток, не должно превышать
а) 2-4 мл
б) 5-10 мл
в) 15 мл
г) 20 мл
д) 25 мл

60. Для одновременного контрастирования двух протоковых систем катетер вводится в ампулу БДС на глубину
а) 2 мм
б) 3-5 мм
в) 8-10 мм
г) 10-12 мм
д) 12-15 мм

61. Наиболее часто контрастируются
а) панкреатические протоки
б) желчные протоки
в) обе протоковые системы

62. Контрастное вещество должно быть
а) охлажденным до 10-12 градусов
б) комнатной температуры
в) подогретым до 37 градусов
г) подогретым до 40 гранудов

63. Выведение контрастного вещества из главного панкреатического протока и его ветвей происходит в течении
а) 20-60 сек
б) 2-5 мин
в) 10-15 мин
г) 20-25 мин

64. Контрастное вещество из главного панкреатического протока
а) самостоятельно эвакуируется
б) аспирируется обязательно
в) аспирируется в случае отсутствия самостоятельной эвакуации

65. Осложнениями ЭРПХГ являются:
а) острый панкреатит
б) инфицирование протоковых систем
в) травматические повреждения
г) сердечно-легочная недостаточность
д) печеночно-почечная недостаточность

66. Профилактикой развития острого панкреатита после ЭРПХГ служат:

а) введение охлажденного контрастного вещества
б) избегать получения паренхимограммы
в) аспирация контрастного вещества в конце исследования
г) назначение при необходимости антибиотиков, спазмолитиков и антиферментов
д) промывание протоковой системы в конце исследования физиологическим раствором с добавлением антиферментов

67. Профилактикой инфицирования протоковых систем служат:
а) использование стерильного аппарата и инструментария
б) до канюляции контрастное вещество небольшой порцией под давлением подается в просвет двенадцатиперстной кишки
в) назначение антибиотиков до исследования в течении 3 дней
г) при наличии неликвидированной гипертензии операция должна предприниматься в течении 1-3 суток после исследования
д) промывание протоков санирующими расворами в конце исследования после аспирации контрастного вещества

68. Ограничением к выполнению колоноскопии является :
а) анемия
б) рак яичника
в) метастатическое поражение печени
г) полипы желудка
д) спаечная болезнь органов брюшной полости

69. Показанием к плановой колоноскопии является :
а) полипы прямой кишки , выявленные при ректороманоскопии
б) болезнь Уиппла
в) синдром мальабсорции
г) дисбактериоз
д) гельминтоз

70. Показанием к плановой колоноскопии является :
а) кишечное кровотечение
б) желудочное кровотечение
в) кишечная непроходимость
г) инородное тело толстой кишки
д) рентгенологическое подозрение на рак толстой кишки

71. Показанием к экстренной колоноскопии является:
а) анемия
б) кишечное кровотечение
в) подозрение на перфорацию толстой кишки
г) дивертикулез толстой кишки с явлениями дивертикулита
д) гранулематозный колит

72. Относительным противопоказанием к колонскопии является:
а) острый парапроктит
б) ранний послеоперационный период (после операций на толстой кишке)
в) болезнь Крона в фазе инфильтрации
г) спаечная кишечная непроходимость
д) минимальная активность неспецифического язвенного колита

73. Ограничениями колоноскопии являются:

а) спаечная болезнь
б) невправимая вентральная грыжа
в) выраженное петлеобразование сигмовидной кишки
г) синдром Пайра
д) болезнь Гиршпрунга

74. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки показан при
а) неспецифическом язвенном колите
б) болезни Крона
в) диффузном семейном полипозе
г) неустановленном источнике кровотечения
д) при синдроме "пестрой толстой кишки"

75. Осложнение в виде динамической кишечной непроходимости может возникнуть при неадекватной эвакуации инсуффлированного воздуха при :
а) гипертоничной кишке
б) гипотоничной кишке
в) нормотоничной кишке

76. Анальная трещина является:
а) абсолютным противопоказанием к колоноскопии
б) относительным противопоказанием к колоноскопии
в) ограничением колоноскопии
г) абсолютным показанием к колоноскопии
д) относительным показанием

77. Спаечная болезнь органов брюшной полости является:
а) показанием к колоноскопии
б) противопоказанием к плановой колоноскопии
в) ограничением колоноскопии
г) противопоказанием к ургентной колоноскопии
д) показанием к ургентной колоноскопии

78. Аневризма брюшного отдела аорты является:
а) показанием к плановой колоноскопии
б) абсолютным противопоказанием к колоноскопии
в) ограничением колоноскопии
г) показанием к ургентной колоноскопии
д) относительным противопоказанием

79. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии не используют:
а) вазелиновое масло
б) касторовое масло
в) раствор сернокислой магнезии
г) фортранс
д) форлакс

80. Преимущественно на моторику тонкой кишки действует:
а) касторовое масло
б) кора крушины
в) изафенин
г) фенолфталеин (пурген)
д) бисакодил

81. На моторику толстой и тонкой кишки действуют:
а) раствор сернокислой магнезии
б) касторовое масло
в) изафенин
г) бисакодил
д) кора крушины

82. К ветрогонным средствам относятся:
а) касторовое масло
б) вазелиновое масло
в) изафенин
г) настой семян укропа
д) корень ревеня

83. После очистительных клизм раздражение слизистой оболочки толстой кишки (дистального отдела) сохраняется в течение:
а) 2 часов
б) 12 часов
в) 24 часов
г) 48 часов
д) раздражения слизистой оболочки не наблюдается вообще

84. Солевое слабительное вызывает раздражение слизистой оболочки толстой кишки, которое сохраняется в течение:
а) 1-2 часов
б) 12-24 часов
в) 2-3 дней
г) недели
д) раздражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечается

85. Задержка жидкости в просвете толстой кишки характерна для:
а) касторового масла
б) вазелинового масла
в) сернокислой магнезии
г) бисакодила
д) коры крушины

86. Для подготовки больных с поносами к колоноскопии используют следующую схему :
а) слабительные средства + очистительные клизмы
б) слабительные средства + сифонные клизмы
в) только очистительные клизмы
г) только слабительные средства
д) осмотр проводят без предварительной подготовки

87. Для подготовки больных с толстокишечной непроходимость к колоноскопии используют следующую схему:
а) только слабительные
б) только сифонные клизмы
в) слабительные средства + очистительные клизмы
г) слабительные средства + сифонные клизмы
д) осмотр производится без предварительной подготовки

88. Для подготовки больных с толстокишечными кровотечениями использую следующую схему:

а) осмотр производится без подготовки

б) только очистительные клизмы

в) только слабительные средства

г) слабительные средства + очистительные клизмы

89. У больных с нарушенным актом дефекации (длительные запоры) используют следующую схему подготовки:

а) за 2 часа до осмотра очистительная клизма

б) по 1 очистительной клизме на ночь накануне исследования и утром в день исследования

в) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла

г) накануне исследования в 16 часов принять 40,0 мл касторового масла, утром в день исследования очистительная клизма

д) за 3 дня до исследования бесшлаковая диета, накануне исследования принять 40,0 мл касторового масла, 2 клизмы на ночь и 2 клизмы с утра в день исследования

90. Перед колоноскопией необходима премедикация:

а) наркотики п/к

б) спазмолитики п/к

в) наркотики + спазмолитики п/к

г) наркотики + спазмолитики в/в

д) премедикация не требуется

91. Показаниями к бронхофиброскопии являются:

а) профузное легочное кровотечение

б) статус астматикус

в) рак легкого

г) инородное тело легкого

д) инородное тело легкого

92. При бронхоскопии возможно диагностировать:

а) бронхоэктатическую болезнь

б) интерстициальную пневмонию

в) неосложненную кисту легкого

г) центральный рак легкого

д) недренирующийся абсцесс легкого

93. Показаниями к жесткой бронхоскопии являются:

а) стеноз трахеи

б) статус астматикус

в) периферический рак легкого

г) бронхоэктатическая болезнь

д) гипоплазия

94. Противопоказаниями к бронхофиброскопии являются:

а) периферический рак легкого

б) центральный рак легкого

в) инородное тело бронха

г) статус астматикус

д) кровохарканье

95. Осложнением щипцевой биопсии является:
а) перфорация стенки бронха
б) кровотечение
в) отек слизистой оболочки бронха
г) обострение хронического бронхита
д) пневмомедиастинум

96. Осложнением трансбронхиальной щипцевой биопсии является:
а) обострение хронического бронхита
б) перфорация стенки бронха
в) кровотечение
г) пневмоторакс
д) разрыв легкого

97. Подготовка больного к бронхоскопии включает:
а) осмотр оториноларинголога
б) рентгенологическое обследование органов грудной клетки
в) общий анализ крови
г) анализ крови на RW, HbsAg, ВИЧ
д) электрокардиографическое исследование

98. Премедикация перед бронхоскопическим исследованием включает:
а) Sol. Promedoli 1% - 1,0
б) Sol. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 3 ч до исследования
в) Sol. Atropini 0,1% - 1,0 п/к за 30 мин до исследования
г) седативные препараты
д) аналептики

99. При проведении биопсионных щипов при биопсии из верхнедолевого бронха
а) дистальный конец эндоскопа выпрямлен
б) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 90 градусов
в) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 60 градусов
г) дистальный конец эндоскопа изогнут под углом 30 градусов
д) биопсия не берется вообще

100. Осмотр бронхов правого легкого проводят в последовательности
а) верхнедолевой, нижнедолевой, среднедолевой
б) нижнедолевой, среднедолевой, верхнедолевой
в) базальные бронхи, В6, среднедолевой, верхнедолевой
г) верхнедолевой, среднедолевой, В6, базальные бронхи
д) среднедолевой, верхнедолевой, В6, базальные бронхи

101. Осмотр бронхов левого легкого проводят в последовательности
а) верхнезональный, переднезональный, базальные бронхи, В6
б) переднезональный, базальные бронхи, верхнезональный, В6
в) переднезональный, В6, верхнезональный, базальные бронхи
г) базальные бронхи, В6, переднезональный, верхнезональный
д) переднезональный, верхнезональный, базальные бронхи, В6

102. Показанием к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является:
а) статус астматикус
б) легочное кровотечение

в) гемангиома
г) инородное тело бронха
д) рак легкого

103. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является:
а) диссеминированные заболевания легких
б) саркоидоз
в) центральный рак легкого
г) статус астматикус
д) инородное тело бронха

104. Показанием к транстрахеальной пункционной биопсии легких является:
а) туберкулез
б) саркоидоз Бека
в) легочное кровотечение
г) актиномикоз
д) аденома бронха

105. Показанием к браш-биопсии является:
а) атрофический бронхит
б) саркоидоз Бека
в) центральная и периферическая опухоль легкого
г) легочное кровотечение
д) инородное тело бронха

106. Показанием к щипцевой биопсии во время бронхофиброскопии является:
а) отек слизистой оболочки бронха
б) гнойный секрет в устье бронха
в) гемангиома
г) рак легкого
д) инородное тело бронха

107. Противопоказанием к щипцевой биопсии является:
а) отек слизистой оболочки бронха
б) гнойный секрет в устье бронха
в) центральный рак легкого
г) периферический рак легкого
д) нарушения свертывающей системы крови

108. При периферической опухоли легкого показана
а) щипцевая биопсия
б) браш-биопсия
в) аспирационная биопсия
г) щипцевая биопсия под рентгенологическим контролем
д) пункционная биопсия

109. Оперативные манипуляции через бронхоскоп включают:
а) введение антибиотиков
б) электроэксцизию доброкачественных опухолей
в) удаление инородных тел
г) санацию бронхиального дерева
д) удаление грануляций
1. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи:

а) аксиальная
б) параэзофагеальная
в) короткий пищевод
г) смешанная
д) гигантская

110. Основными причинами возникновения аксиальной хиатальной грыжи служат:
а) повышение внутрибрюшного давления и инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы
б) инволюция тканей пищеводного отверстия диафрагмы и прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода
в) прогрессирующее рубцово-воспалительное укорочение пищевода и кардиоспазм
г) кардиоспазм и эзофагоспазм
д) эзофагоспазм и повышение внутрибрюшного давления

111. Наиболее распространенные симптомы, вызванные аксиальной хиатальной грыжей, являются следствием
а) нарушения прохождения пищи по пищеводу
б) расширения пищевода
в) рефлюкса содержимого желудка в пищевод
г) спазма пищевода
д) дискинезии пищевода

112. Минимально допустимая длина пищевода в норме (от резцов) составляет
а) 40 см
б) 39 см
в) 38 см
г) 37 см
д) 36 см

113. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:
а) укорочение пищевода и зияние кардии
б) зияние кардии и формирование пищеводных колец
в) формирование пищеводных колец и проляпс слизистой желудка в пищевод
г) проляпс слизистой желудка в пищевод и рефлюкс-эзофагит
д) укорочение пищевода и формирование пищеводных колец

114. Достоверными эндоскопическими критериями аксиальной хиатальной грыжи являются:
а) наличие грыжевой полости и рефлюкс-эзофагит
б) рефлюкс-эзофагит и наличие хиатального сужения
в) наличие хиатального сужения и желудочно-пищеводный рефлюкс
г) наличие грыжевой полости и хиатального сужения
д) проляпс слизистой желудка в пищевод и зияние кардии

115. Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено:
а) рефлекторным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера
б) снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анастетиков
в) воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей
г) аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей
д) параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом

пищевода

116. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено

а) грыжевым гастритом
б) сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
в) деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
г) деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой
д) укорочением пищевода

117. Основными диагностическими критериями при установлении степени аксиальной хиатальной грыжи служат:

а) длина пищевода
б) диаметр зияющей кардии
в) уровень расположения кардии по отношению к пищеводному отверстию диафрагмы
г) величина грыжевой полости

118. При аксиальной хиатальной грыже 1 степени кардия располагается

а) тотчас ниже уровня диафрагмы
б) на уровне диафрагмы
в) тотчас над диафрагмой
г) значительно выше уровня диафрагмы

119. При аксиальной хиатальной грыже 2 степени кардия располагается

а) тотчас ниже уровня диафрагмы
б) на уровне диафрагмы
в) тотчас над диафрагмой
г) значительно выше уровня диафрагмы

120. При аксиальной хиатальной грыже 3 степени кардия располагается

а) тотчас ниже уровня диафрагмы
б) на уровне диафрагмы
в) тотчас над диафрагмой
г) значительно выше уровня диафрагмы
д) значительно ниже уровня диафрагмы

121. Источником кровотечения при аксиальной грыже чаще является

а) эрозивный эзофагит
б) язвенный эзофагит
в) разрыв слизистой оболочки кардиоэзофагального перехода
г) язвы грыжевого мешка
д) венозный стаз в грыжевом мешке

122. Наиболее частым осложнением аксиальной хиатальной грыжи является

а) рефлюкс-эзофагит
б) кровотечение
в) ущемление
г) перфорация
д) малигнизация

123. Основным патогенетическим фактором образования параэзофагальной грыжи является

а) врожденная патология
б) повышение внутрибрюшного давления
в) рефлюкс-эзофагит
г) травматическое повреждение диафрагмы
д) повышение внутрипищеводного давления

124. Наиболее частым осложнением параэзофагеальной хиатальной грыжи является
а) эзофагит
б) кровотечение
в) ущемление
г) перфорация
д) малингнизация

Ситуационные задачи

1. У больного 32 лет с жалобами на периодические боли в эпигастрии, связанные с физической нагрузкой, при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, кардия полностью не смыкается, чрезмерно подвижна. При инверсионном осмотре слизистая оболочка в области свода желудка гиперемирована, с типичными желудочными складками, зернистая легко ранима.

Ваш диагноз:
А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
Д. Короткий пищевод
Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
Ж. Желудочно-пищеводный проляпс

2. У больного 42 лет с травматическим повреждением диафрагмы в анамнезе (в настоящее время жалоб не предъявляет) при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода не изменена, зубчатая линия на 40 см от резцов, кардия смыкается, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, при инверсионном осмотре определяется деформация свода желудка в виде дивертикулоподобного выпячивания, слизистая оболочка свода желудка не изменена.

Ваш диагноз:
А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени
Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
Д. Короткий пищевод
Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
Ж. Желудочно-пищеводный проляпс

3. У больного с анемией неясного генеза при ЭГДС выявлено: слизистая оболочка пищевода белесоватая, блестящая, зубчатая линия в виде кольца, располагается на

39 см от резцов, во время рвотных движений слизистая оболочка желудка пролабирует в пищевод, последняя гиперемирована, отечна с множественными подслизистыми кровоизлияниями и мелкоточечными отложениями гематина, имеется грыжевая полость, хиатальное сужение.

Ваш диагноз:
А. Аксиальная хиатальная грыжа 1 степени

Б. Аксиальная хиатальная грыжа 2 степени
В. Аксиальная хиатальная грыжа 3 степени
Г. Параэзофагеальная хиатальная грыжа
Д. Короткий пищевод
Е. Зияние (недостаточность) нижнего пищеводного сфинктера
Ж. Желудочно-пищеводный проляпс

4. У больного 28 лет в антральном отделе желудка на передней стенке выявлено полиповидное образование неправильной формы до 0,8 см в диаметре и 0,5 см высотой, на широком основании. Слизистая над ним не изменена. При взятии биопсии полип очень плотной консистенции, фрагментации нет, кровоточивость умеренная.

Варианты ответов:
А.Доброкачественная подслизистая опухоль
Б.Аденома
В.Карциноид
Г.Гетеротопия ткани поджелудочной железы
Д.Пупковидная папула ("полная" эрозия)
Е.Лимфоидная гиперплазия

5. У больного 67 лет с жалобами на желудочный дискомфорт во время ЭГДС выявлено легко смещаемое опухолевидное образование в диаметре до 6 см с изъязвленной вершиной и наличием участков кровоизлияний. Опухоль синюшного цвета, имеет короткую ножку до 1 см в диаметре.

Опухоль локализуется на задней стенке антрального отдела.

Варианты ответов:
А.Доброкачественная подслизистая опухоль
Б.Аденома
В.Карциноид
Г.Гетеротопия ткани поджелудочной железы
Д.Пупковидная папула ("полная" эрозия)
Е.Лимфоидная гиперплазия

6. У больной 18 лет в антральном отделе желудка по большой кривизне множественные папулезные образования до 0,4 см в диаметре, полусферической формы, по цвету не отличающейся от окружающей слизистой оболочки.

Варианты ответов:
А.Доброкачественная подслизистая опухоль
Б.Аденома
В.Карциноид
Г.Гетеротопия ткани поджелудочной железы
Д.Пупковидная папула ("полная" эрозия)
Е.Лимфоидная гиперплазия

7.У больной 35 лет во время эндоскопического исследования выявлено опухолевидное образование неправильной формы желтоватого цвета в диаметре 3 см, мягкой консистенции, покрытое неизмененной слизистой оболочкой. Опухоль располагается в препилорической зоне, легко перемещается инструментами в подслизистом слое. Результат щипковой биопсии - слизистая оболочка желудка.

Варианты ответов:
А.Доброкачественная подслизистая опухоль
Б. Аденома
В. Карциноид
Г. Гетеротопия ткани поджелудочной железы

Д. Пупковидная папула ("полная" эрозия)
Е. Лимфоидная гиперплазия

8. У больной 49 лет при ЭГДС выявлен полип на длинной ножке, произведена полипэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома без инвазии в ножку полипа. Ваши рекомендации по дальнейшему ведению больной:
а) оперативное лечение
б) дополнительная коагуляция места удаленной опухоли
в) наблюдение с периодическими эндоскопическими осмотрами
г) лучевая терапия
д) химиотерапия

9. У больного 45 лет с длительным язвенным анамнезом внезапно появились сильные боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 2 часа боли уменьшились и локализовались в эпигастрии. Была однократная рвота. Температура тела 37,6 градусов С. При обзорной рентгенографии брюшной полости изменений не выявлено. Первичным методом обследования для установления правильного диагноза должна явиться
а) эзофагогастродуоденоскопия
б) рентгенография желудка с барием
в) лапароскопия
г) лапароцентез
д) томография

10. У больного, находящегося в больнице по поводу инфаркта миокарда, на 6 день после поступления появились боли в эпигастрии, которые быстро распространились на весь живот. Через 3 часа боли локализовались в правой подвздошной области, повысились температура тела и лейкоцитоз. На основании клинических и лабораторных данных предполагались: перфоративная язва желудка, острый аппендицит, острый панкреатит. Для уточнения диагноза больному целесообразно выполнить:
а) рентгенографию органов брюшной полости
б) ульразвуковое исследование органов брюшной полости
в) лапароскопию
г) эзофагогастродуоденоскопию
д) томографию

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания
1. Причинами развития острого эзофагита наиболее часто служат:
а) прием внутрь едких веществ и алкоголя
б) алкоголь и неумеренное курение
в) неумеренное курение и инфекция
г) инфекции и рефлюкс желудочного содержимого
д) прием внутрь едких веществ и травматические повреждения

2. Эзофагогастродуоденоскопию после ожога пищевода можно выполнять
а) только в течение первых суток
б) только в течение вторых-пятых суток
в) только спустя 6 дней
г) только спустя 14 дней
д) в любое время

3. Наиболее опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода являются
а) первые сутки после ожога
б) первые трое суток после ожога
в) первые 3-5 часов после ожога
г) 7-10 день после ожога

4. Противопоказаниями к эзофагоскопии при ожоге пищевода служат:
а) перфорация пищевода и шок
б) выраженная интоксикация
в) отсутствие клинической картины ожога
г) первые 24 часа после ожога
д) 7-е сутки после ожога

5. Для исключения перфорация пищевода и желудка при ожоге пищевода перед эзофагоскопией необходимо выполнить
а) обзорную рентгенограмму брюшной и грудной полостей
б) рентгенографию с барием
в) рентгенографию с водорастворимым контрастом
г) УЗИ
д) компьютерную томографию

6. При установленном диагнозе коррозивного эзофагита осматривается
а) только пищевод
б) пищевод и желудок
в) пищевод, желудок и проксимальные отделы 12-перстной кишки
г) пищевод, желудок и вся 12-перстная кишка

7. Антибиотики назначаются при ..... степени коррозивного эзофагита.
а) первой
б) первой и второй
в) второй и третьей
г) любой

8. Развитию кандидозного эзофагита способствуют:
а) снижение иммунитета и нарушение моторики пищевода
б) нарушение моторики пищевода и амилоидоз
в) амилоидоз и диабет
г) диабет и метаплазия эпителия
д) метаплазия эпителия

9. Слизистая оболочка пищевода при кандидозном эзофагите
а) бледная, тусклая, шероховатая
б) умеренно гиперемирована, рыхлая
в) ярко гиперемирована, тусклая
г) ярко гиперемирована, блестящая

10. При кандидозном эзофагите белесоватые наложения на слизистой оболочке
а) плотно фиксированы
б) фиксированы не плотно
5.1.41. Эндоскопическая характеристика изъязвлений при герпетическом эзофагите
а) неглубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто фибрином
б) неглубокая округлая язва с приподнятыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом

в) глубокая округлая язва с подрытыми краями, дно покрыто желтоватым экссудатом
г) плоское изъязвление звездчатой формы, покрытое экссудатом

11. Факторами, способствующими развитию лекарственного эзофагита, являются :
а) нарушение моторики пищевода и стенозы пищевода
б) стенозы пищевода и алкоголизм
в) алкоголизм и хиатальная грыжа
г) хиатальная грыжа и рефлюкс-эзофагит
д) рефлюкс-эзофагит

12. Изменения при лекарственном эзофагите обычно носят
а) диффузный характер
б) сегментарный характер
в) локальный характер

13. Язвенный дефект при лекарственном эзофагите характеризуется
а) округлой формой и четкими краями
б) округлой формой и нечеткими краями
в) неправильной формой и четкими краями
г) неправильной формой и нечеткими краями

14. Ранняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на
а) клетки эпителия
б) артериолы
в) нервные сплетения
г) подслизистый слой
д) мышечный слой

15. Поздняя реакция при поражении ионизирующей радиацией обусловлена повреждающим действием излучения на
а) клетки эпителия
б) артериолы
в) нервные сплетения
г) подслизистый слой
д) мышечный слой

16. Для радиационного эзофагита в раннем периоде характерно
а) эрозивно-язвенное воспаление с деформацией просвета и его сужением
б) атрофия слизистой оболочки с наличием множественных телеангиэктазий
в) локальная зона гиперемии слизистой оболочки с выраженной контактной кровоточивостью, наличием эрозий и язв

17. Для радиационного эзофагита в позднем периоде характерна
а) атрофия слизистой оболочки и множественные телеангиэктазии
б) гипертрофия слизистой оболочки, исчезновение сосудистого рисунка
в) гликогенный акантоз
г) очаговая гиперплазия слизистой оболочки

18. Причиной развития рефлюкс-эзофагита могут служить следующие заболевания:
а) язвенная болезнь в острой стадии и ахалазия кардии
б) ахалазия кардии и варикозное расширение вен 3-4 стадии
в) варикозное расширение вен пищевода 3-4 стадии и дивертикулы пищевода

г) дивертикулы пищевода и параэзофагеальная грыжа
д) язвенная болезнь в острой стадии и варикозное расширение вен 3-4 стадии

19. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
а) линейных эрозий
б) сливных эрозий
в) кольцевидных эрозий
г) пептической язвы
д) участков желудочной метаплазии

20. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода
а) линейных эрозий
б) сливных эрозий
в) кольцевидных эрозий
г) пептической язвы
д) участков желудочной метаплазии

21. Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней тери пищевода
а) линейных эрозий
б) сливных эрозий
в) кольцевидных эрозий
г) пептической язвы
д) участков желудочной метаплазии

22.Пептическая язвы пищевода имеет вид
а) неглубокой язвы без выраженного воспалительного вала
б) глубокой язвы с выраженным воспалительным валом
в) неглубокой язва с выраженным воспалительным валом
г) глубокой язва без выраженного воспалительного вала

23. Основной причиной развития пищевода Баррета служит
а) острое воспаление
б) хроническое воспаление
в) желудочно-пищеводный рефлюкс
г) нарушение регенерации слизистой оболочки
д) снижение местных защитных механизмов

24. Очаги желудочного эпителия в пищеводе могут определяться при
а) врожденной гетеротопии эпителия желудка и метаплазии по желудочному типу
б) анемии Адиссон-Бирмера
в) тилозе
г) синдроме Пламмер-Винсона
д) склеродермии

25. Пищевод Баррета наиболее часто выявляется при
а) ахализии кардии
б) параэзофагеальной хиатальной грыже
в) рефлюкс-эзофагите
г) варикозном расширении вен пищевода
д) тилозе

26. Эндоскопически пищевод Баррета характеризуется
а) стиранием зубчатой линии
б) подчеркнутостью зубчатой линии
в) смещением зубчатой линии в проксимальном направлении
г) смещением зубчатой линии в дистальном направлении
д) рубцовыми изменениями зубчатой линии

27. Эндоскопически пищевод Баррета наиболее часто характеризуется наличием
а) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода
б) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной
грыжей
в) четко очерченных пятен более яркой окраски на слизистой оболочке пищевода в сочетании с хиатальной грыжей и рефлюкс-эзофагитом

28. Стенка истинного дивертикула
а) содержит все элементы стенки полого органа
б) состоит из мышечного и слизистого слоев
в) состоит только из слизистой оболочки

29. Ведущая роль в патогенезе образования пульсионных дивертикулов принадлежит
а) снижению эластичности стенки полого органа и повышению внутриполостного давления
б) повышению внутриполостного давления и тракции из вне
в) тракции из вне и наличию "слабых мест" в стенке полого органа
г) наличию слабых мест в стенке полого органа и повышению внутриполостного давления

30. Дивертикул Ценкера это
а) истинный пульсионный дивертикул
б) истинный тракционный дивертикул
в) ложный пульсионный дивертикул
г) ложный тракционный дивертикул

31. Бифуркационный дивертикул это
а) истинный пульсионный дивертикул
б) истинный тракционный дивертикул
в) ложный пульсионный дивертикул
г) ложный тракционный дивертикул

32. Основной причиной перфорации дивертикулов пищевода при эзофагоскопии является:
а) большие размеры дивертикула
б) дивертикулит
в) рак в дивертикуле
г) расположение дивертикула по одной оси с пищеводом
д) эрозивный эзофагит

33. Клинические проявления дивертикула Ценкера:
а) чувство першения в горле и неприятный запах изо рта
б) неприятный запах изо рта и афония
в) афония и легочные осложнения

г) легочные осложнения и периодическая рвота

34. При варикозном расширении вен пищевода 2 степени вены
а) продольные
б) веретенообразные
в) извитые
г) узловые

35. При варикозном расширении вен пищевода 3 степени слизистая оболочка пищевода
а) не изменена
б) воспалена
в) атрофична
г) с очагами желудочной метаплазии
д) утолщена

36. Диаметр вен при варикозе пищевода 2 степени
а) не изменен
б) увеличен до 0,3 см
в) увеличен до 0,5 см
г) увеличен свыше 0,5 см

37. Эндоскопические прогностические признаки повышенного риска развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода включают:
а) голубой цвет вен и наличие эрозий над варикозными узлами
б) наличие эрозий над варикозными узлами и диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см
в) диаметр варикозных узлов свыше 0,5 см и наличие красных знаков на варикозных узлах

38. Причиной развития кардиоспазма служит
а) стресс
б) патологические изменения ауэрбаховского сплетения
в) желудочно-пищеводный рефлюкс
г) хиатальная грыжа
д) химический ожог в анамнезе

39. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают:
а) застойный эзофагит и спазм кардии
б) расширение просвета пищевода и спазм кардии
в) спазм кардии и усиление перистальтики
г) наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода
д) легочные осложнения и рубцовые изменения кардии

40.Постожоговые стриктуры наиболее часто локализуются в
а) верхней трети пищевода
б) средней трети пищевода
в) нижней трети пищевода
г) местах физиологических сужений

41.Эндоскопические признаки ожоговой стриктуры пищевода:
а) гладкие блестящие рубцы
б) неровные тусклые рубцы

в) инфильтрация слизистой оболочки
г) контактная кровоточивость

42. Для папилломы пищевода наиболее характерен
а) розовый цвет
б) голубоватый цвет
в) белесоватый цвет
г) цвет не отличается от окружающей слизистой оболочки
д) красный цвет

43. Наиболее часто среди доброкачественных подслизистых опухолей пищевода встречается
а) лейомиома
б) липома
в) шваннома
г) фиброма
д) лимфангиома

44.Эндоскопическая характеристика лейомиомы:
а) ровные контуры и положительный симптом «хоботка»
б) гладкая поверхность и положительный симптом «шатра»
в) мягкая консистенция и положительный симптом Шиндлера

45.Тактика при неосложненной впервые выявленной подслизистой опухоли пищевода:
а) динамическое наблюдение
б) биопсия
в) электроэксцизия
г) операция

46.К предраковым изменениям слизистой оболочки относятся:
а) атрофия
б) метаплазия
в) прогрессирующая дисплазия
г) гликогенный акантоз
д) ороговение слизистой оболочки

47. Основным красителем используемым при хромоскопии пищевода является:
а) метиленовый синий
б) индигокармин
в) раствор люголя
г) конго-рот

48.При раннем плоскоклеточном раке пищевода инвазия не проникает глубже
а) собственной пластинки слизистой оболочки
б) подслизистого слоя
в) мышечного слоя
г) адвинтициальной оболочки

49.Приподнятый тип раннего рака пищевода обычно имеет
а) более яркую окраску
б) белесоватый цвет
в) не отличается по окраске от окружающей слизистой оболочки

50.Плоский тип раннего рака пищевода обычно
а) имеет более яркую окраску
б) белесоватого цвета
в) не отличается по цвету от окружающей слизистой оболочки

51.Дисфагия - это нарушение
а) первой фазы глотания
б) второй фазы глотания
в) третьей фазы глотания
г) всех фаз глотания

52. Для подтверждения антрального гастрита, ассоциированного с хеликобактер пилори (Нр), биопсию лучше брать
а) из проксимальной части антрального отдела
б) из средней части антрального отдела
в) в 2 см от привратника
г) из зоны привратника
д) из любой части антрального отдела

53.Причинами развития острого гастрита чаще являются:
а) прием лекарств и рефлюкс желчи
б) рефлюкс желчи и стрессовые ситуации
в) острые инфекции и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки
г) стрессовые ситуации, острые инфекции и прием лекарств
д) хеликобактерная инфекция и аутоиммунные повреждения слизистой оболочки

54. Основной причиной развития хронического антрального гастрита является
а) недоброкачественное питание
б) алкоголь
в) авитаминозы
г) инфицирование слизистой оболочки Нр
д) рефлюкс дуоденального содержимого

55. Характер гиперемии слизистой оболочки при хеликобактерном гастрите
а) диффузная гиперемия
б) мелкоочаговая гиперемия
в) гиперемия в виде полос
г) отсутствие гиперемии
д) точечная гиперемия

56. При аутоиммунном хроническом гастрите преимущество поражается
а) кардиальный отдел
б) тело желудка
в) антральный отдел
г) препилорический отдел
д) весь желудок

57.Для морфологического подтверждения диагноза болезни Менетрие необходима биопсия
а) щипковая
б) петельная
в) аспирационная

г) биопсия не информативна

58. Морфологическим подтверждением болезни Менетрие служит
а) фовиалярная гиперплазия и гиперплазия желез
б) фовиалряная гиперплазия и атрофия желез
в) атрофия желез и гиперплазия лимфоидных фоликулов
г) гиперплазия лимфоидных фоликулов и инфильтрация эозинофилами
д) инфильтрация иозинофилами и атрофия желез

59. Причиной развития папулезности слизистой оболочки антрального отдела желудка, в основном , служит
а) очаговая гиперплазия покровно-ямочкного эпителия
б) узелковая лимфоидная гиперплазия
в) очаговая гиперплазия железистого эпителия
г) формирование хронических эрозий
д) воспалительная инфильтрация слизистой оболочки

60.Эрозия - это поверхностный дефект слизистой оболочки не проникающий глубже
а) собственной пластинки слизистой оболочки
б) мышечной пластинки слизистой оболочки
в) подслизистого слоя
г) мышечного слоя органа

61.Острые эрозии и язвы чаще локализуются в области
а) свода желудка
б) свода и тела желудка
в) антрального отдела желудка
г) 12-перстной кишки

62.Эндоскопически афтозная эрозия характеризуется:
а) округлой формой и нечеткими краями
б) нечеткими краями с венчиком гиперемии
в) округлой формой и венчиком гиперемии
г) диаметром от 0,2 до 0,5 см и приподнятостью над поверхностью слизистой оболочки

63.Афтозная папула ("полная" эрозия) имеет вид
а) возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной покрытой фибрином, диаметром до 0,5 см с нечетко ограниченным основанием
б) участка слизистой оболочки в виде конусовидного выпячивания с налетом фибрина на вершине и четко ограниченном основании в диаметре до 0,5 см
в) возвышающегося участка слизистой оболочки с уплощенной вершиной более яркой окраски с нечетко ограниченным основанием диаметром до 0,5 см

64. Афтозные папулы обычно определяются в
а) своде желудка
б) теле желудка
в) антральном отделе желудка
г) любом отделе желудка
д) 12-перстной кишке

65. Наиболее частым осложнением острых изъязвлений желудочно-кишечного тракта является

а) пенетрация
б) перфорация
в) кровотечение
г) болевой синдром
д) малигнизация

66.По современным представлениям основным этиопатогенетическим фактором развития язвенной болезни является
а) хронический активный гастрит и дуоденит ассоциированный с Нр
б) конституционально-наследственный фактор
в) стрессовые ситуации
г) курение и алкоголь
д) алиментарный фактор

67. ЭГДС при пептической желудочной язве
а) проводят только для подтверждения диагноза
б) проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения для подтверждения положительной динамики
в) проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения до подтверждения рубцевания язвы

68. Гигантскими считаются язвы желудка, превышающие в диаметре
а) 1 см
б) 2 см
в) 3 см
г) 4 см
д) 5 см

69.Признак Хенинга - это
а) деформация дна желудка,обусловленная параэзофагеальной грыжей
б) желудок в виде песочных часов
в) деформация угла желудка - "готический угол"
г) асимметричный привратник
д) двойной привратник

70.Наиболее частой причиной непроходимости привратника у взрослых является
а) рак желудка
б) язвенная болезнь
в) мышечная гипертрофия привратника
г) проляпс слизистой оболочки желудка через привратник
д) доброкачественные полипы желудка

71.К истинным опухолям относятся следующие виды полипов желудка:
а) аденоматозные
б) лимфоидная гиперплазия
в) полипы Пейтца-Егерса
г) ювенильные полипы
д) гиперпластические полипы

72.Среди полипов желудка чаще встречаются
а) аденоматозные полипы
б) лимфоидныеполипы
в) гиперпластические полипы

г) ювенильные полипы
д) полипы Пейтца-Егерса

73. Чаще озлокачествляются
а) гиперпластические полипы
б) аденоматозные полипы
в) ювениальные полипы
г) подслизистые опухоли
д) эоцинофильногранулематозные полипы

74.Щипковая биопсия из слизистой оболочки при доброкачественных подслизистых опухолях берется с целью
а) установления диагноза доброкачественной подслизистой опухоли
б) проведения дифференциального диагноза между эпителиальным и неэпителиальным образованием
в) исключения наличия доброкачественной подслизистой опухоли
г) подтверждения результатов визуального эндоскопического исследования

75.Массивным кровотечением чаще осложняется
а) рак желудка
б) полип желудка
в) доброкачественная подслизистая опухоль желудка
г) саркома желудка
д) болезнь Менетрие

76.Чаще изъязвляются полипы, имеющие
а) большие размеры и широкое основание
б) длинную ножку при большой головке
в) цилиндрическую форму и большую длину
г) полусферическую форму с бугристой поверхностью

77.Кровотечение из доброкачественных подслизистых опухолей желудка чаще бывает связано с
а) травматизацией опухоли
б) изъязвлением поверхности опухоли
в) нарушением свертывающей системы крови
г) малигнизацией

78.Глубина залегания подслизистой опухоли определяется
а) визуально
б) с помощью инструментальной пальпации
в) пробным затягиванием петли у основания опухоли
г) введением новокаина под основание опухоли
д) рентгенологически

79. Карцинома in situ характеризуется как
а) разрастания эпителия ракового типа в пределах эпителиального пласта
б) разрастания эпителия ракового типа в пределах собственной пластинки слизистой оболочки
в) разрастания эпителия ракового типа в пределах мышечной пластинки слизистой оболочки

80. Проксимальная граница опухоли обязательно определяется при

а) полипоидном раке желудка
б) грибовидном раке
в) язвенной форме рака
г) инфильтративном раке
д) раннем раке

81. Характерными эндоскопическими признаками ракового поражения слизистой оболочки на ранних стадиях являются:
а) физзузные изменения цвета и рельефа слизистой оболочки
б) очаговое изменение цвета и рельефа слизистой оболочки
в) обилие слизи
г) множественные петехии
д) популезность слизистой оболочки

82.Кровотечение в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка чаще всего является следствием:
а) язвы анастомоза
б) недостаточного гемостаза в процессе операции
в) посттравматическом гастритом
г) нарушения гемостаза
д) травмы при интубации

83.В понятие термина "анастомоз" входит:
а) отверстие, соединяющее культю желудка и анастомозированную кишку
б) анастомотическая камера + анастомотическое кольцо
в) анастомотическая полость + анастомотическое кольцо
г) анастомотическая полость + анастомотическое кольцо + часть приводящей и отводящей кишки

84. Приводящая петля анастомозированной кишки отличается от отводящей, после резекции желудка по способу Бильрот П в модификации Гофмейстера-Финстерера, по следующим эндоскопическим признакам:
а) вход в петлю деформирован, складки вершиной направлены к объективу эндоскопа
б) складки вершиной направлены к объективу эндоскопа, складки высокие с большими промежутками
в) складки высокие с большими промежутками, перестальтика активная
г) перестальтика активная, в просвете кишки желчь

85.Сужение анастомотического кольца чаще бывает обусловлено
а) дефектами оперативного вмешательства
б) быстрым разрастанием рубцовой ткани
в) воспалительными изменениями анастомотического кольца
г) мигрирующими лигатурами
д) резидуальной опухолью

86. Пептическая язва анастомоза всегда локализуется в
а) анастомотической полости
б) анастомотической камере
в) анастомотическом кольце
г) приводящей петле тонкой кишки
д) отводящей петле тонкой кишки

87. После резекции желудка по поводу рака в культе чаще возникает рак

а) рецидивный
б) резидуальный
в) вновь возникший

88. Дивертикулы ДПК преимущественно локализуются
а) в луковице
б) в нисходящей части
в) в нижней части
г) в луковице и нисходящей части
д) в любом отделе

89. Псевдодивертикулы луковицы ДПК преимущественно локализуются
а) в ее проксимальной части на передней стенке
б) в ее средней части на любой стенке
в) в ее дистальной части на задней стенке
г) в ее дистальной части на передней стенке
д) в любом отделе луковицы

90. Основным патогенетическим фактором образования псевдодивертикула ДПК является
а) порок развития
б) постъязвенная рубцовая деформация
в) дуоденальная гипертензия
г) тракция из вне
д) пенетрация язвы

91. ЭГДС при дуоденальной язве
а) проводят только для подтверждения диагноза
б) повторяют в процессе лечения до подтверждения рубцевания язвы
в) проводят для подтверждения диагноза и повторяют в процессе лечения до подтверждения рубцевания язвы

92.Хроническая язва луковицы ДПК в острой стадии
а) сопровождается выраженным бульбитом и перифокальным воспалением
б) сопровождается выраженным дуоденитом
в) сопровождается только перифокальным воспалением
г) сопровождается заиянием привратника
д) снижением моторики пищевода и луковицы ДПК

93."Удвоенный привратник" может быть обусловлен
а) пенетрацией препилорической язвы в луковицу ДПК
б) пилоропластикой
в) послеоперационным свищом
г) опухолью привратника
д) пилорипластикой

94. Наличие умеренной диффузной гиперемии слизистой оболочки желудка и ДПК чаще является признаком
а) умеренно выраженного воспаления
б) раздражения
в) гемодинамических изменений в пищеварительную фазу
г) острого гастрита
д) гиперпродукции соляной кислоты

95.Мелкие белые пятнышки на слизистой оболочке ДПК (симптом "манной крупы") являются проявлением

а) лимфангиэктазий

б) лимфофолликулярной гиперплазии

в) лимфоидной инфильтрации

г) лимфоплазмоцитарной инфильтрации

д) эозинофильной инфильтрации

96.Симптом "манной крупы" характерен для

а) язвенной болезни

б) заболеваний панкреато-билиарной системы

в) целиакии

г) лимфомы

д) рака

97. Общий вариабельный иммуннодефицит характеризуется полиповидными разрастаниями слизистой оболочки

а) желудка

б) тонкой кишки

в) толстой кишки

г) всех отделов желудочно-кишечного тракта

д) любого отдела желудочно-кишечного тракта

98. Основной причиной возникновения папиллита служит

а) дискинезия ДПК

б) дискинезия сфинктеров большого дуоденального сосочка

в) инфицированное содержимое полости ДПК

г) травматизация слизистой оболочки устья большого дуоденального сосочка мигрирующими конкрементами

д) холангит

99. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 1 стадии характеризуется:

а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка

б) ослаблением перистальтики желудка и выраженным антральным гастритом

в) выраженным антральным гастритом и наличием желчи в желудаке

г) наличием желчи в желудке и зиянием привратника

д) зиянием привратника и дуоденогастральный рефлюксом

100. Эндоскопическая картина при хронической дуоденальной непроходимости 2 стадии характеризуется:

а) расширением полости желудка и ослаблением перистальтики желудка

б) ослаблением перистальтики желудка и спазмом привратника

в) атрофией слизистой оболочки антрального отдела желудка и значительным расширением просвета ДПК

г) значительным расширением просвета ДПК и атрофией ее слизистой оболочки

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.В.ОД.3 Обучающий симуляционный курс

Оценочные средства	Количество
Тестовые задания	75
Ситуационные (клинические) задачи	38

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной К., 40 лет, поступил в отделение общей хирургии с диагнозом: перфоративная язва желудка. Больной взят в операционную. Вводный наркоз 1 % раствор натрия тиопентала, введено 100 мг листенона.

После введения листенона у больного зафиксирована остановка сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия. По ЭКГ - мелковолновая фибрилляция желудочков. Проведенные реанимационные мероприятия эффективны. Сердечная деятельность восстановлена. Назвать предполагаемую причину остановки сердца, определить алгоритм оказания первой помощи.

Задача № 2.

Больной С., 60 лет, взят в операционную в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. Оперативное вмешательство решено провести под ЭТН (нейролептаналгезия и закисно-кислородная смесь). На фоне неоднократных попыток интубации трахеи констатирована клиническая смерть. Назвать вероятную причину остановки сердца, определить последовательность реанимационных мероприятий.

Задача № 3.

Реанимационной бригадой Скорой помощи доставлен больной с диагнозом: утопление в пресной воде, острое переохлаждение. Реанимационная помощь пострадавшему успешно проведена врачом Скорой помощи. При поступлении в отделение реанимации больной без сознания, пульс до 130 в мин, температура менее 32 С°. Необходимо назначить план обследования, определить объем интенсивной терапии.

Задача № 4.

Больной В., 60 лет, поступил из отделения печеночной хирургии, где находился по поводу проведенной операции - панкреатодуоденальной резекции. На 3 сутки появились резкие боли в эпигастрии, из анамнеза известно, что больной дважды перенес острый инфаркт миокарда. В отделение реанимации переведен в связи с развившемся коллапсом. В отделение после трансфузии полиглюкина появилась клиника отека легких с последующей остановкой сердца. Проведены реанимационные мероприятия, последние признаны эффективными. Назвать предполагаемую причину, определить погрешности в ведении больного.

Задача № 5.

Больной С., 25 лет, поступил в отделение реанимации с диагнозом: ножевое

проникающее ранение в брюшную полость, острая массивная кровопотеря. Шок III. При поступлении больной без сознания, пульсация сохранена только на сонных артериях.

После проведения трансфузионной терапии, введения адреналина и атропина по ЭКГ - сохранение электрической активности миокарда, пульсация на сонных артериях отсутствует. Данное состояние расценено как электромеханическая диссоциация. Определить алгоритм первой помощи, вероятную причину развития электромеханической диссоциации.

Задача № 6.

Вы приглашены на дружеский вечер. На фоне приема алкоголя и пищи у одного из гостей произошла рвота и аспирация желудочного содержимого. При Ваших попытках восстановить проходимость верхних дыхательных путей тройным приемом и начать ИВЛ имеет место препятствие в виде инородного тела на уровне гортани. Ваши действия.

Задача № 7.

При поступлении в приемное отделение у больного С. с диагнозом электротравма отмечена внезапная остановка сердца и клиническая смерть. Вы вызваны на реанимационные мероприятия. Больной с ожирением 4 степени, попытки произвести катетеризацию центральной вены - неудачны. Определите дальнейшую тактику анестезиолога по проведению реанимационных мероприятий.

Задача № 8.

В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет с диагнозом: утопление в пресной воде, общее переохлаждение. Реанимационные мероприятия проводились Скорой помощью в течение 30 минут. При осмотре - зрачки умеренно расширены, проводится непрямой массаж сердца, температура меньше 32 С°. Ваша тактика по проведению реанимационных мероприятий

Задача № 9.

Больной Р.. 34 лет, поступил в отделение травматологии. Диагноз: колото-резаное ранение левой половины грудной клетки. При поступлении: набухшие шейные вены, пульс на магистральных артериях не определяется, высокие цифры ЦВД после катетеризации подключичной вены. Вероятная причина и методы ее устранения.

Задача № 10.

Больной Р., 88 лет, подан на экстренную операцию с диагнозом: острый аппендицит. У больного имеется сложная кардиальная патология (нарушения ритма, ИБС, постинфарктный кардиосклероз). После вводного наркоза с использованием натрия тиопентала проведено несколько попыток интубации трахеи, после чего у больного зафиксирована остановка сердечной деятельности. Определите причины и тактику терапии.

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Тестовые задания

1. Различают следующие периоды процесса умирания:

1) Клиническая смерть
2) Социальная смерть
3) Декортикация
4) Децеребрация
5) Биологическая смерть

Ответ: а) 1, 5, 6; б) 1, 2, 4; в) 3,4, 5

2. Успех реанимационных мероприятий обусловлен следующими факторами:
1) Ранней диагностикой клинической смерти
2) Своевременным вызовом реаниматолога
3) Своевременным началом реанимационных мероприятий

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) все правильно

3. Наиболее ранними признаками клинической смерти являются:
1) Исчезновение рефлексов
2) Потеря сознания
3) Расширение зрачков
4) Изменение цвета кожных покровов
5) Отсутствие пульса на сонных артериях
6) Отсутствие дыхания

Ответ: а) 1,2,4,6; б) 2,3,5,6; в) 3,4,5,6; г) 1,3,4,5; д) 1,2,3,5.

4. Основной комплекс реанимационных мероприятий включает:
1) Правильную укладку больного
2) ИВЛ
3) Закрытый массаж сердца
4) Дефибрилляцию
5) Медикаментозную терапию

Ответ: а) 2,3,5; б) 1,2,4; в) 3,4,5; г) 1,2,3; д) все правильно

5. При отсутствии ЭКГ-контроля электрическую дефибрилляцию:
1) Не проводят
2) Проводят
3) Проводят после введения адреналина

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3

6. К экстракардиальным причинам остановки кровообращения относят:
1) Острую дыхательную недостаточность
2) Шок любой этиологии
3) Передозировку лекарственных препаратов
4) Поражение электрическим током
5) Экзогенное отравление
6) Электролитные нарушения

Ответ: а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) 4,5,6; д) все правильно

7. При проведении сердечно-легочной реанимации возможны осложнения:
1) Пневмоторакс
2) Перелом ребер
3) Жировая эмболия
4) Повреждение печени
5) Воздушная эмболия
6) Переломы грудины

Ответ: а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) 4,5,6; д) все правильно

8. Признаки эффективности реанимационных мероприятий:
1) Сужение зрачков
2) Появление пульса на магистральных артериях
3) Изменение цвета кожных покровов
4) Восстановление спонтанного дыхания
5) Восстановление сознания

Ответ а) 1,2,3; б) 1,4,5; в) 2,3,4; г) все правильно

9.Показаниями для проведения открытого массажа сердца являются:
1) Неадекватность реанимационных мероприятий более 5 мин
2) Множественный перелом ребер
3) Наличие гидроперикарда с признаками тампонады сердца
4) Остановка сердца при операциях на органах грудной клетки
5) Деформация позвоночника

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5; е) все правильно

10. Наличие фибрилляции желудочков можно диагносцировать на основании:
1) Показателей гемодинамики
2) Аускультативной картины
3) Данных ЭКГ
4) При вскрытии плевральной полости

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) все правильно

11. Дефибрилляцию желудочков различают:
1) Электрическую
2) Механическую
3) Химическую
4) Рефлекторную

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) все правильно

12. При успешной реанимации возможно развитие следующих синдромов:
1) Невосстановления кровотока
2) Реперфузионного повреждения
3) Кислородной задолженности
4) Метаболических нарушений

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) все правильно

13. Основные причины фибрилляции желудочков:
1) Органические поражения миокарда и клапанов
2) Воздействие факторов внешней среды
3) Нарушение водно-электролитного баланса
4) Гипоксии любого генеза
5) Тяжелая термотравма

Ответ: правильно все, кроме: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5; е) все правильно

14. Клиническими признаками фибрилляции желудочков являются:
1) Нитевидный пульс
2) Снижение артериального давления
3) Глухие сердечные тоны
4) Отсутствие пульсации на магистральных артериях
5) Резкое снижение вольтажа зубцов по ЭКГ

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5; е) все правильно

15. Электрокардиостимуляция показана в следующих случаях
1) Тяжелая форма брадикардии
2) Полная блокада сердца
3) Брадиаритмия с нарушениями желудочкового ритма
4) Тахисистолическая форма мерцательной аритмии

Ответ: правильно все, кроме а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) все правильно

16. У здорового взрослого человека объем церебральной фракции сердечного выброса составляет:
1) 1/20
2) 1/10
3) 1/6
4) 1/3

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4.

17. Мозговой кровоток увеличивается при:
1) Гипоксии
2) Гиперкапнии
3) Активности нейронов
4) Введении адреналина
5) Повышении среднего АД

Ответы: а) правильно 1,2,3,5; б) правильно 1,2,3,4; в) правильно 2,3,4,5.

18. Какой из перечисленных анестетиков вызывает увеличение внутричерепного давления (ВЧД):
1) Морфин
2) Кетамин
3) Натрия оксибутират
4) Тиопентал натрия

Ответы: а) правильно 1, б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4.

19. При тяжелой ЧМТ:
1) ВЧД зависит от артериального давления
2) Повышение ВЧД пропорционально давлению в грудной клетке
3) Нарушается ауторегуляция кровотока
4) ВЧД увеличивается при подъеме головного конца

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 2,3,4; в) правильно 1,3,4.

20. Критический уровень среднего АД для церебральной перфузии:

1) Менее 50 мм рт.ст.
2) Менее 80 мм рт.ст.
3) Более 180 мм рт.ст.
4) Более 120 мм рт.ст.

Ответы: а) правильно 1,3; б) правильно 2,4; в) правильно 1,4; г) правильно 2,3.

21. Шкала ком Глазго:
1) Количественная оценка степени угнетения сознания
2) Качественная оценка степени угнетения сознания

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2.

22. Церебральное перфузионное давление - это:
1) Среднее АД - внутричерепное давление
2) Среднее АД - центральное венозное АД
3) Среднее АД - систолическое АД

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3.

23. Маннитол:
1) Осмотический диуретик
2) Фильтрационный диуретик
3) Петлевой диуретик

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3.

24. Оценка степени комы по шкале ком Глазго включает в себя исследование:
1) Двигательной активности, возможности контакта с пациентом, открывании глаз
2) Коленного рефлекса
3) Зрачкового рефлекса
4) Адекватности функции внешнего дыхания

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; правильно 4.

25. Какие факторы увеличивают переживаемость головного мозга при клинической смерти:
1) Детский возраст
2) Гипотермия
3) Использование седативных препаратов
4) Умеренная артериальная гипотония

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 2,3,4; в) правильно 1,3,4.

26. Инфузионная среда, наиболее неблагоприятно действующая на гидратацию головного мозга:
1) 5 % раствор глюкозы
2) 0,9 % раствор натрия хлорида
3) Полиглюкин
4) 4 % натрия бикарбоната

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4.

27. Выберите наиболее подходящие препараты для терапии раннего постреанимационного периода:
1) Глюкокортикоиды
2) Ноотропы
3) Актовегин
4) Салуретики

Ответы: а) правильно 1,3; б) правильно 1,2; в) правильно 2,3; г) правильно 1,4.

28. Выберите обязательные компоненты терапии тяжелой ЧМТ:
1) Антибиотики
2) Хирургическая декомпрессия
3) Уход за трахеобронхиальным деревом
4) Питание

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 1,3,4; в) правильно все перечисленное

29. Показания для трахеостомии у больных с тяжелой ЧМТ:
1) Длительная ИВЛ
2) Санация трахеобронхиального дерева
3) Отсутствие положительной неврологической динамики в течение 5-7 суток
4) Наличие бульбарных расстройств

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 2,3,4; в) правильно все перечисленное

30. Лучшим методом диагностики отека головного мозга является:
1) Эхо-энцефалоскопия
2) Эхо-кардиография
3) Электроэнцефалография
4) Магнитно-резонансная томография
5) Оценка неврологического статуса

Ответы: а) правильно 1,2,3,4; б) правильно 2,3,5; в) правильно 4,5; г) правильно 4.

Ситуационные задачи

1. Больной А., 54 года, поступил в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии. Контакт затруднен. Сопор. Пульс 120 в мин, АД 70/20 мм рт.ст. Дыхание спонтанное, частота 40 в мин. Акроцианоз.

Аускультативно в легких резкое ослабление везикулярного дыхания, масса влажных разнокалиберных хрипов во всех отделах легких. Т 35,7 С. Со слов сопровождающих: заболел 5 дней назад, повышалась температура тела до 39 С, беспокоил кашель с «ржавой» мокротой. Не лечился. Определить синдромы критических состояний, варианты обследования для уточнения диагноза, консервативные методы ИТ?

2. Больной Б., 70 лет. Находился в неврологическом отделение с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт. В анамнезе страдает генерализованным атеросклерозом, неоднократно находился на стационарном лечение по поводу острого нарушения мозгового кровообращения. За час до поступления в отделение реанимации после приема пищи на фоне рвоты появились выраженные признаки ОДН (тахипное до 40 в мин, акроцианоз, затрудненный вдох, беспокойство больного). Предварительный диагноз, последовательность ИТ?

3. Больной В., 40 лет, находился в отделение общей хирургии с диагнозом: язвенная

болезнь желудка. Экстренная операция: лапаротомия, резекция желудка. Получил соответствующую терапию, обезболивание наркотическими аналгетиками (омнопон 2% по 2 мл 4 раза в сутки внутримышечно). Через 40 минут после введения омнопона больной потерял сознание, АД снизилось до 40 мм рт.ст. Брадипное до 10 в мин. Акроцианоз. Наиболее вероятная причина ОДН, последовательность реанимационных мероприятий?

4. Больной Г., 35 лет. Госпитализирован в отделение реанимации через 1 час после автодорожной травмы. При поступлении: кома, АД 130/90 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Одышка до 40 в мин. Выраженная подкожная эмфизема правой половины грудной клетки. Рентгенологически - перелом VI-VII-VIII-IX ребер справа, напряженный пневмоторакс. Предполагаемый диагноз, план дообследования, последовательность реанимационных мероприятий?

5. Больная С., 65 лет. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Переведена в отделение реанимации в состоянии астматического статуса.

Статус II стадии, консервативная терапия проводилась в отделение пульмонологии в течение 2 суток. Определить методы: восстановления проходимости верхних дыхательных путей, оксигенации организма.

6. Больной К., 40 лет. Находится в отделение реанимации с диагнозом: острый разлитой гнойный перитонит, осложненный респираторным дистресс-синдромом. По данным КЩС установлено: pH 7,30 BE - 15 мэкв/л pCO2 56 мм рт.ст. SB 22,6 мэкв/л AB 25 мэкв/л BB 34,2 мэкв/л. Форма нарушения КЩС, оценить механизмы нарушения КЩС и методы коррекции.

7. Больной М., 45 лет, переведен в отделение реанимации из отделения травматологии, где находился в течение 2 суток после тяжелой скелетной травмы (перелом костей таза и конечностей). Поводом для перевода явилось резкое нарастание ОДН: тахипное до 40 в мин, температура до 39, 6 0С, аускультативно в легких жесткое дыхание по всем легочным полям, по данным рентгенографии органов грудной клетки - двухстороння пневмония, по КЩС - pCO2 60 мм рт.ст., в моче обнаружены свободные жирные кислоты. Установить и обосновать причину ОДН, решить вопросы ИТ.

8. Больной К., 50 лет. Поступил в отделение нейрохирургии с тяжелой ЧМТ: перелом свода и основания черепа, ото- и назоликворея. Через 3 часа после поступления у больного нарастает клиника ОДН (тахипное, цианоз, артериальная гипертензия, тахикардия). Наиболее вероятные причины ОДН, принципы ИТ.

9. Больной С., 40 лет, оперирован по поводу острого распространенного перитонита под эндотрахеальным наркозом (закись азота и миорелаксация павулоном). До операции определено: выраженный лейкоцитоз, метаболический алкалоз и гипокалиемия. Перед ушиванием брюшной полости хирургом в брюшную полость введен канамицин. После операции дыхание не восстанавливается в течение 6 часов, больной на ИВЛ. Объясните причину послеоперационного апноэ, план

10. Больной А., 30 лет. В стоматологическом кабинете больной с целью обезболивания удаления зуба местно введен лидокаин. Через 15 мин у больного на фоне снижение АД появились признаки затруднения выдоха, одышка до 45 в мин, цианоз, тахикардия до 120 в мин. Вызван анестезиолог. Вероятная причина ОДН, объем интенсивной терапии

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

1. Методами восстановления проходимости верхних дыхательных путей являются:
1) Запрокидывание головы
2) Открывание рта
3) Выдвижение нижней челюсти
4) Положение Тренделенбурга
5) Механическое удаление содержимого рта и ротоглотки

Ответы: а) все ответы правильны; б) правильно 1,2,3; в) правильно 2,3,4; г) правильно 3,4,5; д) правильно 1,4,5.

2. Диффузионная способность легких не нарушается при:
1) Миастении
2) Интерстициальном отеке легких
3) Тяжелом приступе бронхиальной астмы
4) Остром респираторном дистресс-синдроме

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 4,2; в) правильно 2,1; г) правильно 3.

3. Какова нормальная величина напряжения углекислого газа в артериальной крови:
1) 20-30 мм рт.ст.
2) 30-40 мм рт.ст.
3) 35-45 мм рт.ст.
4) 45-55 мм рт.ст.

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 3; в) правильно 2; г) правильно 4.

4. Показатели пульсоксиметрии зависят от:
1) Показателей перфузии тканей
2) Не реагируют при снижении рО2 до 60 мм рт.ст.
3) Световых эффектов в области определения
4) Состояния внешнего дыхания

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 3,2,4; в) правильно 1,3,4.

5. Какова основная причина вентиляционной формы острой дыхательной недостаточности:
1) Снижение альвеолярной вентиляции
2) Нарушение диффузии через альвеолокапиллярную мембрану
3) Нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений
4) Вдыхание угарного газа

Ответы: а) правильно 1,2,3; б) правильно 2,3,4; в) правильно 1,2; г) правильно 3,4.

6. Определите вид гипоксии, при котором оксигенотерапия неэффективна:
1) Гипоксический
2) Циркуляторный
3) Гемический
4) Гистотоксический

Ответы: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 2,3; г) правильно 4.

7. Каковы могут быть непосредственные причины циркуляторной гипоксии:

1) Альвеолярная гиповентиляция
2) Увеличение внутрисердечного шунтирования
3) Сердечная недостаточность
4) Нарушение кровообращения в бассейне микроциркуляции
5) Отравление окисью углерода

Ответы: а) правильно 1,2; б) правильно 2,4; в) правильно 3,4; г) правильно 3,5.

8. Какие из перечисленных показателей могут служить критериями для перевода пациента на ИВЛ:
1) Частота дыхания у взрослых более 40 в мин
2) Повышение артериального рСО2 более 60 мм рт.ст.
3) Патологический ритм дыхания

Ответы: а) правильно 2,3; б) правильно 3,1; в) правильно 2,1; г) все ответы правильны.

9. Назовите основные показания для наложения трахеостомы:
1) Уменьшение объема мертвого пространства
2) Удаление инородного тела из ВДП.
3) Проведение длительной ИВЛ
4) Коррекция вентиляционно-перфузионных отношений

Ответы: а) правильно 1,2,4; б) правильно 2,3,1; в) правильно 1,3,4; г) правильно 2,3,4.

10. Лечебная трахеобронхоскопия показана при:
1) Гиповолемическом шоке
2) Обструктивном бронхите
3) Аспирационном синдроме
4) Астматическом статусе
5) Инородном теле в верхних дыхательных путях

Ответы: а) правильно 1,2,3,4; б) правильно 1,3,4,5; в) правильно 2,3,4,5; г) правильно 1,3,4,5.

11. Какие из перечисленных признаков характерны для циркуляторной гипоксии:
1) Акроцианоз
2) Снижение альвеолярного рО2
3) Снижение артериального рО2
4) Увеличение артерио-венозной разницы по кислороду

Ответы: а) правильно 1,2; б) правильно 1,2,3; в) правильно 1,3; г) правильно 1,4.

12. По какому из перечисленных показаний целесообразно оценивать адекватность ИВЛ:
1) Показатели гемодинамики
2) pH артериальной крови
3) Газовому составу артериальной крови
4) pH венозной крови
5) Газовому составу венозной крови

Ответы: а) правильно 2,5; б) правильно 4,5; в) 1,2; г) правильно 3.

13. Эффективность гипербарической оксигенации при отравлениях угарным газом

определяется:

1) Увеличением растворимости кислорода
2) Возбуждением двигательного центра
3) Быстрым выведением СО
4) Увеличением насыщения гемоглобина кислородом

Ответы: а) правильно 1,3,4; б) правильно 1,2,4; в) правильно 1,2,3.

14. Гипервентиляция может привести к:
1) Вазодилатации церебральных сосудов
2) Тетании
3) Смещению кривой диссоциации оксигемоглобина вправо
4) Снижению сердечного выброса

Ответы: а) правильно 2,3,4; б) правильно 1,2,3; в) правильно 2,4; г) все ответы правильны.

15. Острая дыхательная недостаточность при миастении обусловлена:
1) Поражением дыхательного центра
2) Поражением мионеврального синапса
3) Поражением диафрагмального нерва
4) Поражением легочного интерстиция

Ответы: правильно а) 1; б) 2; в) 3; г) 4

16. Распределение воды в организме происходит по следующим секторам:
1) Общая вода
2) Внутриклеточная
3) Внеклеточная
4) Интерстициальная
5) Трансцеллюлярная
6) Внутрисосудистая

Ответ: а) правильно все; б) правильно все, кроме 4; в) правильно все, кроме 5

17.Общее содержание воды у новорожденных:
1) Ниже по сравнению с взрослыми
2) Не отличается от взрослых
3) Выше чем у взрослых

Ответ: а) 1; б) 2; в)
18. Общее количество воды у взрослых в среднем составляет % от массы тела:
1) 40
2) 50
3) 60
4) 80

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.

19. Объем циркулирующей крови у взрослых в норме составляет (мл/кг массы тела):
1) 50-60
2) 60-70
3) 70- 80

4) 80-100

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4

20. В норме соотношение объема циркулирующей плазмы и объема циркулирующих эритроцитов у взрослых составляет (мл/кг):
1) Плазма - 25, эритроциты - 25
2) Плазмы - 30, эритроцитов - 30
3) Плазма - 35, эритроциты - 40
4) Плазма - 40, эритроциты - 30

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4.

21. Неощутимые потери жидкости (перспирация) в норме составляют (мл/сутки):
1) 200
2) 300
3) 400
4) 500
5) 600

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5

22. При повышении температуры тела на 1С свыше 38 перспирация увеличивается на каждый градус (мл/сутки):
1) 300 мл/сутки
2) 400 мл/сутки
3) 500 мл/сутки
4) 1000 мл/сутки

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4

23. Различают следующие формы нарушения водного баланса:
1) Де- и гипергидратация
2) Дегидратация: изо-, гипер- и гипоосмолярная
3) Гипергидратация: изо-, гипер- и гипоосмолярная
4) Дегидратация вне-, внутриклеточная и общая
5) Гипергидратация вне-, внутриклеточная и общая
6) Сочетанная форма нарушения водного баланса

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5; е) 6; ж) все правильно

24.Средняя потребность в воде у взрослых в норме составляет (мл/кг массы тела/сутки):
1) 100
2) 80
3) 60
4) 40
5) 20

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5

25. Нормальное содержание электролитов в плазме крови составляет:
1) калий 3 ммоль/л; натрий 110 ммоль/л; хлор 60 ммоль/л

2) калий 3,2 ммоль/л; натрий 120 ммоль/л; хлор 80 ммоль/л
3) калий 4 ммоль/л; натрий 140 ммоль/л; хлор 100 ммоль/л
4) калий 5,7 ммоль/л; натрий 150 ммоль/л; хлор 120 ммоль/л

Ответ: а)1; б) 2; в) 3; г) 4; д) все ответы правильно

26. В норме соотношение между концентрацией вне- и внутриклеточного калия составляет:
1) 1: 50
2) 1: 40
3) 1: 30
4) 1: 10
5) 20: 1

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5

27. Наиболее характерными признаками для гиперкалиемии являются все, кроме:
1) Отеки
2) Нарушения ЭКГ
3) Нарушения ритма сердца
4) Возможное развитие асистолии

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4

28. Характерными признаками калиевой недостаточности являются:
1) Адинамия
2) Возможное развитие комы
3) Нарушения перистальтики ЖКТ
4) Снижение системного АД
5) Изменения по ЭКГ

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5; е) все перечисленное

29. Нарушения содержания натрия в организме может сопровождаться:
1) Признаками вне- и внутриклеточной дегидратации
2) Признаками вне- и внутриклеточной гипергидратации
3) Показания баланса не меняются

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3; г) все правильно

30. Снижение содержания хлора в плазме сопровождается:
1) Метаболическим ацидозом
2) Метаболическим алкалозом
3) Показатели КЩС не меняются

Ответ: а) 1; б) 2; в) 3

Ситуационные задачи

1. Больной А., 34 лет, поступил в отделение реанимации из санпропускника. Из анамнеза: за 30 мин до поступления был сбит легковой автомашиной, доставлен бригадой Скорой помощи. При поступлении: кома II степени, одышка, до 30 в мин, АД 150/90 мм рт.ст., брадикардия до 40 в мин, имеется анизокория.

Ваши действия по оказанию первичной реанимационной помощи, дальнейшей

диагностики и привлечения специалистов, тактики ведения больного с позиции реаниматолога.

2. Больной Р., 39 лет, доставлен в санпропускник реанимационной бригадой Скорой помощи. Из анамнеза: тяжелая сочетанная травма, полученная вследствие падения с высоты 10 метров. Давность травмы 30 мин. Сознание угнетено до комы II, АД 60/0 мм рт.ст., одышка смешанного характера с частотой до 30 в минуту. Определить последовательность действий врача реанимационной бригады на догоспитальном этапе, неотложные мероприятия в санпропускнике, дальнейшую тактику ведения больного и ИТ в отделение реанимации.

3. Больной П., 56 лет. Доставлен в отделение реанимации из санпропускника. Из анамнеза: автодорожная травма, давность 1 час. Сознание угнетено до сопора, АД 160/90 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин, имеются признаки кровотечения из ротовой полости, отоликворея. Определить последовательность диагностических и лечебных мероприятий в отделении.

4. Больной О., 39 лет, доставлен в отделение из операционной в отделение реанимации. Основной диагноз: тяжелая закрытая ЧМТ: ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением левой гемисферы острой субдуральной гематомой. Операция: декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы. Исходный уровень сознания до операции - кома II. При поступлении в отделение реанимации - спонтанное дыхание с частотой 12 в мин, АД 160/90 мм рт.ст., брадикардия до 60 в мин. Оценить тактику ИТ, рассмотреть дальнейший план ведения больного.

5. Больная С., 67 лет. Доставлена в отделение реанимации из операционной. Послеоперационный диагноз: ЦВБ. Острое нарушение мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт с формированием внутримозговой гематомы левого полушария. Операция: резекционная трепанация черепа с аспирацией гематомы и вентрикулярным дренированием. Исходно: кома II, ИВЛ через интубационную трубку, АД 180/90 мм рт.ст., давление ликвора 200 мм вод.ст. Ваша тактика ведения больной и дальнейшая ИТ, мониторинг послеоперационного периода.

6. Больная М., 78 лет, доставлена в отделение реанимации из неврологической клиники.

Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения.

Ишемический инсульт в бассейне левой внутренней сонной артерии. Исходное состояние: кома II, АД 180/90 мм рт.ст., тахикардия до 120 в мин., частые желудочковые экстрасистолы, сатурация кислорода 87 %, одышка до 30 в мин. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Описать возможные синдромы критического состояния.

7. Больная Н., 29 лет. Доставлена в отделение реанимации из операционной. Известно, что за 2 часа до поступления больная потеряла сознание, отметили резкую бледность кожных покровов, родственниками была вызвана бригада Скорой помощи, которая зафиксировала отсутствие пульса на периферических артериях, сохранность пульсации на сонной артерии. Проведены первичные реанимационные мероприятия (интубация трахеи. ИВЛ, катетеризация периферической вены, инфузионно-трансфузионная терапия). Доставлена в санпропускник, где после диагностических мероприятий определена внематочная беременность и проведена операция в объеме: лапаротомии, сальпингэктомии, объем кровопотери 3500 мл при массе тела 50 кг. Ваша тактика ведения больной.

8. Больной Н., 5 лет, доставлен в отделение реанимации, минуя санпропускник. Из

анамнеза: электротравма в бытовых условиях, клиническая смерть в течение 7 мин, первичные реанимационные мероприятия проведены сотрудниками Скорой помощи. При поступлении: кома III, атония, арефлексия, АД 80/40 мм рт.ст. Оценить тактику ведения больного, продолжить ИТ.

9. Больная Р., 49 лет. Доставлена в отделение реанимации из отделения общей хирургии. Известно, что на третьи сутки после операции по поводу вентральной грыжи больная внезапно потеряла сознание, отмечался диффузный цианоз кожных покровов, зафиксирована остановка сердечной деятельности, клиническая смерть. Проведены квалифицированные реанимационные мероприятия, длительностью 15 минут. После восстановления спонтанного кровообращения у больной отмечено появление самостоятельного дыхания. Дальнейшая тактика ведения больной.

10. Вы в составе реанимационной бригады вызваны в отделение хирургии к больному А., 80 лет. Из анамнеза известно, что у пациента имеется иноперабельная злокачественная опухоль малого таза с пенетрацией в мочевой пузырь, позвоночник и отдаленными метастазами. Поводом для Вашего вызова - клиническая смерть. Ваши действия.

ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

Тестовые задания

1. Тяжесть и исход поражения электротоком зависят от внутренних и внешних факторов:

1) Утомление
2) Алкогольное опьянение
3) Хронические заболевания
4) Гиперпродукция щитовидной железы
5) Перегревание и усиленное потоотделение

Ответ: а) правильно 2,3,5; б) правильно 1,2,4; в) правильно 3,4,5; г) правильно все.

2.Тяжесть и исход поражения электротоком зависит от петли его прохождения. Наиболее опасной петлей является:

1) Рука - рука
2) Нога - нога
3) Правая рука - правая нога
4) Левая рука - левая нога

Ответ: а) правильно 1,2; б) правильно 2,3; в) правильно 3,4; г) правильно 2,4; д) правильно 1,4.

3. Летальный исход при поражении электротоком может наступить в результате:

1) Гипоксии
2) Гиперкапнии
3) Рефлекторного спазма коронарных сосудов
4) Фибрилляция желудочков
5) Паралича дыхательных центров

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно 5; е) правильно все

4. Возможен ли гемолиз эритроцитов при поражении электрическим током:

1) Да
2) Нет

5. Распространение электрического тока в организме происходит:
1) По кровеносным сосудам
2) По мышечным тканям
3) По нервным стволам

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3.

6. Электрический ток на организм оказывает следующее действие:
1) Тепловое
2) Механическое
3) Электрохимическое
4) Биологическое

Ответ: а) правильно 1, б) правильно 2; в) правильно все, кроме 4; г) правильно все

7. Наиболее патогенным при действии электрического тока является поражение:
1) Центральной нервной системы
2) Сердечно-сосудистой системы
3) Функция внешнего дыхания
4) Свертывающей системы крови
5) Эндокринной системы

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно 5; е) правильно все

8. Электротравма может сопровождаться некрозом:
1) Некрозом желудочно-кишечного тракта
2) Очаговыми некрозами печени, желчного пузыря
3) Очаговыми некрозами поджелудочной железы
4) Некрозом почек
5) Некрозами легких

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно все

9. В клинической практике различают следующие виды утопления, кроме:
1) Первичное, истинное, мокрое
2) Асфиктическое сухое
3) Аспирационное

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3.

10.Непосредственной причиной смерти при утоплении в пресной воде являются:
1) Фибрилляция желудочков
2) Гипоксия
3) Нарушения КЩС
4) Гиперкалиемия

Ответ: а) правильно все; б) правильно 2; в) правильно 1; г) правильно 3,4; д) правильно 1,2,3.

11. Утопление в морской воде сопровождается:
1) Нарушением водно-электролитного баланса
2) Развитием гиповолемии
3) Гиперосмолярным отеком легких
4) Артериальной гипоксией
5) Метаболическим ацидозом
6) Ателектазом легких

Ответ: а) правильно 3; б) правильно 1; в) правильно 4,5, 6; г) правильно все

12. Последовательность оказания неотложной помощи при утоплении предусматривает:
1) Проведение закрытого массажа сердца
2) Проведение ИВЛ
3) Восстановление проходимости дыхательных путей
4) Проведение дефибрилляции
5) Медикаментозная стимуляция дыхания

Ответ: а) правильно 2,5,1,4,3; б) правильно 3,5,2,4; в) правильно 3,2,1,5,4; г) правильно 3,2,1.

13. Степень гемолиза эритроцитов при утоплении в пресной воде определяется лабораторно по содержанию:
1) Общего белка
2) Общего билирубина
3) Свободного гемоглобина
4) Азотистых шлаков
5) Свободного миоглобина

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно 5.

14. Нарушение оксигенации крови в легких при утоплении обусловлено:
1) Повреждением легочной паренхимы
2) Нарушением продукции и стабильности системы сурфактанта
3) Нарушением механики дыхания
4) Увеличением перфузионного давления
5) Застоем крови в малом круге кровообращения

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно 5.

15. Тяжесть состояния больных с прерванной механической асфиксией обусловлено преимущественным развитием:
1) Острой сердечно-сосудистой недостаточности
2) Острой дыхательной недостаточности
3) Метаболического ацидоза
4) Острой почечной недостаточности
5) Постгипоксического отека головного мозга

Ответ: а) правильно 1; б) правильно 2; в) правильно 3; г) правильно 4; д) правильно 5.

Ситуационнные задачи

1. Больной А., 56 лет, доставлен в клинику с диагнозом: электротравма, полученная в бытовых условиях. На месте происшествия потерял сознание, окружающими проводились реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких «рот-в-рот», непрямой массаж сердца).

Сотрудники СП интубировали трахею и реанимационные мероприятия продолжены. Необходимо: назначить дополнительное обследование, определить схему ИТ.

2. Больной К., 17 лет, доставлен в клинику с электротравмой легкой степени тяжести. Во время ремонта бытового прибора дотронулся до оголенного провода в сети 220 В правой рукой. Сильно трясло, с трудом оторвался от провода. Определить: объем клинического поражения, назначить соответствующую терапию, назвать возможные осложнения.

3. Больной С., 13 лет, получил бытовую электротравму. Зафиксирована остановка сердца, реанимационные мероприятия проведены родственниками и продолжены бригадой СП. При поступлении в реанимационное отделение: АД 60/0 мм рт.ст, пульс 110 в мин. Назвать механизм поражающего действия тока в данном случае, определить характер дальнейшей ИТ.

4. Группа молодых людей в предгрозовую погоду расположилась на отдых. Рядом находилось дерево высотой около 7 метров. При разряде атмосферного электричества все они оказались пораженными электричеством, причем погибли сразу 2 человек, 3 с тяжелыми ожогами туловища и конечностей доставлены в отделение реанимации. Определить меры профилактики и терапии данного состояния.

5. Больной П., 22 года, доставлен в клинику через 2 часа после травмы. Работая во время грозы, пытался отсоединить антенный провод от телевизора. Сознание не терял.

Ощутил резкую боль по ходу тока вдоль правой половины тела. Объективно: состояние удовлетворительное, на передней поверхности правого бедра имеется 2 небольших струпа, 2 см в диаметре. Через 10 дней выписан в удовлетворительном состоянии. Определить целесообразность пребывания в стационаре, возможные осложнения в раннем и позднем периодах травмы.

6. Больной К., 18 лет, поступил в клинику с диагнозом утопление в пресной воде. Из анамнеза установлено, что группа молодых людей купалась в состоянии алкогольного опьянения. Со слов окружающих, под водой человек находился не более 3 минут. Доставлен на берег. Проводились первичные реанимационные мероприятия. Реанимация эффективна. Доставлен бригадой СП в реанимационное отделение. При поступлении - без сознания, дыхание спонтанное, умеренный акроцианоз, АД 80/40 мм рт.ст. Необходимо: назначить дополнительное обследование, адекватную терапию и назвать возможные осложнения.

7. В клинику поступил больной А., 35 лет, с диагнозом: утопление в морской воде. При поступлении в сознании, адекватен, спонтанное адекватное дыхание, удовлетворительные показатели гемодинамики. Не смотря на описанное состояние, госпитализирован в отделение реанимации. Определить патогенез утопления, назвать возможные осложнения, назначить соответствующее обследование.

8. В стационар доставлена больная О., 18 лет. Диагноз: прерванная механическая асфиксия. Объективно: без сознания, странгуляционная борозда, дыхание спонтанное, адекватное, гемодинамика стабильная. Определить критерии тяжести состояния больной, назначить дополнительное обследование, определить последовательность ИТ.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.В.ДВ.1 Трансплантология

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	14
Тестовые задания	74
Ситуационные (клинические) задачи	2

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

1. Прогрессивным направлением трансплантологии будущего становится выращивание органов для трансплантации из стволовых клеток человека. Это научное направление признано более перспективным, так как органы, созданные из стволовых клеток пациента, имеют гораздо больше шансов прижиться. Если исследования ученых увенчаются успехом, то в будущем станет возможным заменить любой орган собственного тела на более молодой, здоровый и свой собственный. Однако на данный момент ученые далеки от этой футуристической картины. Одним из факторов, ограничивающих исследования, является этический вопрос использования эмбриональных стволовых клеток.

Приведите аргументы либеральных теорий в защиту развития данного направления трансплантологии.

2. Трансплантация показана в тех случаях, когда при тяжелых заболеваниях уже невозможно рассчитывать на выздоровление без пересадки органа. Печень - уникальный внутренний орган. В первую очередь, она является фильтром нашего организма. Соответственно, чем больше вредных веществ попадает в организм с пищей, питьем, курением, тем больше она от этого страдает. К примеру, употребление алкоголя в больших количествах - прямая угроза для печени. Больше всего в пересадке органа, на данный момент, нуждаются больные циррозом печени, одной из причин которого являются вирусные гепатиты В и С.

Уникальность печени еще и в том, что ее клетки способны восстанавливаться. Опыт хирургов подтверждает - если удалить больную половину печени у человека, то в течение 12-14 дней печень вырастает до прежних размеров. Наши хирурги успешно делают такие операции (резекция печени - частичное удаление), возвращая людям здоровье. Но когда печень доведена до такого состояния, что уже не может регенерировать, то есть не остается клеток, которые могут размножаться, единственный выход - трансплантация, которая, как известно, бывает двух видов - родственная, и трупная. Родственная - при наличии родственного донора с той же группой крови, что и у больного. При согласии родственника у него забирают половину печени, и эту половину пересаживают больному, которому удалили весь орган. Если донора-родственника нет, единственный выход - трупная пересадка, которая наиболее развита сегодня в мире. Источником донорских органов являются погибшие люди, у которых консилиум врачей констатирует смерть мозга. Хотел бы отметить такой факт - в целом в России на сегодня очень низкий уровень органного донорства - 2,6 процента на 2008 год. Сравним, до¬пустим, с мировым лидером органного донорства, Испанией, где этот уровень составляет до 58 про¬центов. Эта проблема требует срочного решения еще и потому, что страны Европы, Америки, где органное донорство развито в

гораздо большей сте¬пени, в последнее время издают законы о приоритетах подобных операций именно своим гражданам. То есть теперь за пределами России получить право на такую операцию будет сложнее.

Какие правовые и морально-этические проблемы мешают развитию трансплантологии в указанных в тексте направлениях? Какие тенденции в плане изменения морально-этической оценке развития трансплантологии отмечаются в России в начале XXI вв.?

Алгоритм решения ситуационных задач:

1.Внимательно ознакомьтесь с содержанием задачи.

2.Постарайтесь ответить на вопросы задачи.

3.При ответе на вопросы постарайтесь аргументировать свою точку зрения, опираясь на взгляды философов, мыслителей в области истории медицины, социологии и политологии.

Приведите примеры из современной практики организации здравоохранения и социальной действительности. Постарайтесь соотнести ситуацию с современными нормами российского (зарубежного) законодательства.

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы для контроля текущего и промежуточного уровня знаний

1. Показания к трансплантации почки. Особенности предоперационной подготовки донора и реципиента при пересадке почки от живого родственного донора.
2. Основы оперативной техники трансплантации сердца.
3. Причины дисфункции трансплантата печени в раннем послеоперационном периоде и пути их коррекции.
4. Иммуносупрессия при пересадке легких.
5. Принципы отбора пациентов для трансплантации поджелудочной железы. Основы предоперационной подготовки реципиента при пересадке поджелудочной железы.
6. Инфекционные осложнения при трансплантации почки.
7. Острое отторжение сердечного трансплантата: клиника, диагностика, пути коррекции.
8. Тактика ведения пациентов после трансплантации печени в первые 6 месяцев послеоперационного периода.
9. Питание пациентов после трансплантации поджелудочной железы.
10. Болезнь почечного трансплантата: причины, диагностика, тактика ведения.
11. Трансплантация легких и комплекса сердце-легкие: показания, принципы отбора реципиентов, предоперационная подготовка.
12. Роль ретрансплaнатации печени в лечении тяжелых заболеваний гепатобилиарной системы.
13. Роль трансплантации поджелудочной железы в лечении сахарного диабета.
14. Психиатрические, юридические и экономические аспекты трансплантации органов и тканей.
15. Клиническая фармакология основных групп иммунодепрессантов, используемых в трансплантологии.

Тестовые задания

1. Пересадка клеток, тканей и органов называется

а) регенерация

б) имплантация

в) трансплантация

г) плацентация

2. Компоненты, необходимые для трансплантации
а) донор, реципиент, трансплантат
б) трансплантат
в) банк органов и тканей
г) донор, реципиент, искусственная среда

3. Виды трансплантации
а) аутотрансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация, эксплантация
б) имплантация, гомотрансплантация, эксплантация
в) гомотрансплантация, гетеротрансплантация,
г) аутотрансплантация, плацентация, гетеротрансплантация

4. Аутотрансплантация – это
а) пересадка трансплантата, полученного от организма другого вида
б) пересадка трансплантата, полученного от организма того же вида
в) пересадка тканей в пределах одного организма
г) пересадка материала из организма в искусственную среду

5. Аллотрансплантация – это пересадка материала
а) между организмами разных видов
б) в пределах одного организма
в) между двумя организмами одного вида
г) в искусственную среду

6. Исключите неверный ответ. Примером аллотрансплантации является
а) использование «шагающего стебля»
б) реплантация зуба
в) использование ребра для восстановления дефекта нижней челюсти
г) пересадка почки

7. Синоним ксенотрансплантации
а) аллотрансплантация
б) гетеротрансплантация
в) аутотрансплантация
г) гомотрансплантация

8. Пересадка органов и тканей между организмами разного вида называется
а) аутотрансплантация
б) гомотрансплантация
в) аллотрансплантация
г) ксенотрансплантация

9. Исключите неверный ответ. Ксенотрансплантация – это пересадка материала
а) от человека к человеку
б) от собаки к собаке
в) от обезьяны к собаке
г) от обезьяны к обезьяне

10. Эксплантация – это
а) пересадка трансплантата, полученного от организма другого вида
б) пересадка трансплантата, полученного от организма того же вида
в) пересадка тканей в пределах одного организма

г) пересадка материала из организма в искусственную среду

11. В практической медицине не используется
а) аутотрансплантация
б) аллотрансплантация
в) ксенотрансплантация
г) пересадка тканей и органов в искусственную среду

12. Материал, неиспользуемый для аллотрансплантации
а) трупные ткани
б) ткани живого организма
в) целые органы, полученные от реципиента
г) эмбриональные зачатки

13. Материал, используемый при аллотрансплантации для лечении ожогов
а) трупная ткань
б) эмбриональный зачатки
в) здоровая ткань
г) целые органы

14. Наиболее часто трансплантируемые органы и ткани
а) костная ткань
б) половые органы
в) почки, кожа
г)сосуды

15. Впервые пересадку сердца у земноводных осуществил
а) В.П.Демихов
б) Н.П.Синицын
в) В.И.Шумаков
г) У. Дебриз

16. Впервые пересадку сердца у млекопитающих осуществил
а) В.Г.Елисеев
б) В.П.Демихов
в) В.И.Шумаков
г) К.Бернард

17. Пересадку трупного сердца человеку впервые осуществил
а) В.П.Демихов
б) К.Бернард
в) В.И.Шумаков
г) У.Дебриз

18. Пересадку искусственного сердца человеку впервые осуществил
а) В.П.Демихов
б) К.Бернард
в) В.И.Шумаков
г) У.Дебриз

19. Двухэтапную пересадку искусственного и трупного сердца человеку впервые предложил
а) В.П.Демихов

б) К.Бернард
в) В.И.Шумаков
г) У.Дебриз

20. Тканевая несовместимость – это
а) несоответствие органов по форме
б) несоответствие органов по размерам
в) несоответствие органов по функциям
г) иммунологическая несовместимость тканей донора и реципиента, приводящая к отторжению трансплантата

21. Критический срок отторжения трансплантата после пересадки
а) 5 – 6 день
б) 18 – 21 день
в) 30 – 40 день
г) 7 – 12 день

22. Механизм, лежащий в основе тканевой несовместимости
а) несоответствие по различным видам обмена
б) механизм иммунологической защиты
в) реакция антиген – антиген
г) эндокринной защита
23. Синоним тканевой толерантности
а) совместимость тканей донора и реципиента
б) непереносимость тканей донора и реципиента
в) устойчивость тканей к лекарственным веществам
г) устойчивость тканей к факторам внешней среды

24. Авторы метода формирования тканевой толерантности
а) К. Бернард
б) П .Медавар и М.Гашек
в) У. Дебриз
г) К. Ф. Рулье

ПК-6. готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

1. Противопоказания к пересадке почки и возможного реципиента могут быть:
A. Положительный туберкулиновый тест без клинических признаков острого туберкулеза
B. Язва 12-перстной кишки
C. Поликистоз почек
D. Присутствие в крови антигломерулярных мембранных антител

2. Выберите правильный вариант отторжения трансплантата:
A. Острое отторжение морфологически проявляется лимфоцитарной инфильтрацией почки
B. Подострое отторжение характеризуется присутствием антител к тканям пересаженной почки
C. Отсроченное хроническое отторжение
D. Хроническое отторжение

3. Осложнением иммунносупрессивной терапии является:
A. Синдром кушингоидный
B. Присоединение цитомегаловирусной инфекции

C. Артериальная гипертензия
D. Опухоли центральной нервной системы

4. Пересадка тканей или органа у индивидуумов одного и того же биологического типа, с одинаковым генотипом:
A. Аутотрансплант
B. Изотрансплант
C. Аллотрансплант
D. Ксенотрансплант

5. Обязательными исследованиями живого донора при пересадке почки являются:
A. Артериография почек
B. Изотопная ренография почек
C. Экскреторная урография почек
D. Общий анализ мочи
E. Функциональные почечные пробы

6. Критериями смерти мозга донора при пересадке почек являются:
A. Глубокая кома
B. Отсутствие самостоятельного дыхания в сочетании повышенного уровня C02 в крови
C. Отсутствие всех кортикальных и стволовых рефлексов
D. Отсутствие внутримозгового кровообращения
E. Кома на протяжении 24 часов, отсутствие динамики симптомов

7. Донорами почек могут быть умершие пациенты в реанимационных отделениях, в результате:
A. Изолированной черепно-мозговой травмы
B. Перитонита
C. Сепсиса
D. Суицида

8. Донорами почек могут быть умершие в реанимационных отделениях по причине:
A. Субарахноидального кровотечения различного генеза
B. Разрыва аневризмы церебральных сосудов
C. Рака легких с метастазами
D. Астматического статуса
E. Острого легочного тромбоза

9. Донорами почек могут быть умершие пациенты в реанимационных отделениях, в результате:
A. Интоксикации барбитуратами
B. Нарушения мозгового кровообращения без признаков артериальной гипертензии
C. Прободной язвы
D. Острого мезентериального тромбоза
E. Сахарного диабета

10. Абсолютными противопоказаниями для изъятия почки для пересадки являются:
A. Системные заболевания
B. Острые интоксикации неизвестного генеза
C. Травмы брюшины и малого таза
D. Генерализованная инфекция
E. Инфекция мочевыделительной системы

11. Абсолютными противопоказаниями для изъятия почки у доноров, умерших в реанимационных отделениях, являются:
A. Артериальная гипертензия в анамнезе или гипертоническая болезнь
B. Первичные опухоли центральной нервной системы
C. Сахарный диабет
D. Астматический статус
E. Резистентная к лечению олигурия

12. Относительными противопоказаниями для изъятия почки у доноров, умерших в реанимационных отделениях, являются:
A. Длительная гипертермия (выше 39°С), больше 24 часов к моменту смерти
B. Смерть по причине инфаркта миокарда
C. Сепсис
D. Патологические изменения в анализах крови и мочи
E. Местные инфекции - пневмония, единичные абсцессы

13. Иммунологическая совместимость донор-реципиент определяется посредством:
A. Тест на иммунологическую совместимость по крови
B. Резус-фактор
C. HLA- антитела гистологической совместимости

14. Послеоперационная иммунносупрессия с циклоспоринами А и преднизолоном может привести к следующим осложнениям:
A. Гирсутизм
B. Острые язвы желудочно-кишечного тракта
C. Лейкопении
D. Гипертензии
E. Инфекции

15. Возможные осложнения после пересадки почки:
A. Отторжение трансплантированного органа
B. Инфекция
C. Гломерулонефрит пересаженной почки
D. Гломерулонефрит почки реципиента
E. Артериальная гипертензия после пересадки

16. Тромбоз сосудов почки, ишемия и интраоперационное отторжение почки являются следующими видами отторжения:
A. Подострого
B. Острого
C. Хронического
D. Острого раннего

17. Острое отторжение трансплантa, возникшее в первые 3 месяца, клинически характеризуются:
A. Повышением уровня креатинина в сыворотке крови
B. Повышением температуры тела
C. Протеинемии
D. Гипертермии
E. Олигурии

18. Показаниями к пересадке сердца являются:
A. Терминальные стадии ишемической болезни сердца

B. Кардиомиопатия с прогнозом длительности жизни менее 1 года
C. Отсутствие возможности реабилитации после острого ин-
фаркта миокарда
D. Повторный инфаркт миокарда в анамнезе
E. Приобретенный субкомпенсированный порок сердца

19. Критериями выбора донора для пересадки сердца являются:
A. Отсутствие патологии сердца
B. Отсутствие патологии легких
C. Совместимость донор-реципиент по критерию (АВО)
D. Соответствие размеров сердца донора и реципиента
E. Соответствие возраста донора и реципиента

20. Признаками отторжения при пересадке сердца являются:
A. Гипертермия
B. Тахикардия
C. Брадикардия
D. Повышение АД
E. Понижение АД

21. При кризе отторжения сердечного трансплантa назначается:
A. Преднизолон
B. Ортоклон
C. Антитромбоцитарный глобулин
D. Циклоспорин А
E. Антибиотикотерапия

22. Показания к пересадке поджелудочной железы:
A. Острая почечная недостаточность, вызванная диабетической нефропатией (одновременно с пересадкой почек)
B. Состояние после пересадки почек
C. Сахарный диабет типа II
D. Хронический панкреатит

23. Возможными послеоперационными осложнениями при пересадке поджелудочной железы являются:
A. Тромбоз сосудов поджелудочной железы
B. Поджелудочный свищ
C. Инфекция мочевыводящих путей
D. Экзокринная недостаточность трансплантированной поджелудочной железы
E. Атрофия ацинарных клеток трансплантa

24. Показаниями для пересадки печени являются:
A. Первичный билиарный цирроз
B. Болезнь Вильсона
C. Гепатит А
D. Хронический гепатит С
E. Хронический гепатит В и D

25. Противопоказаниями для пересадки печени являются:
A. Энцефалопатия различной степени
B. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

C. Атрезия желчных путей
D. Наследственный фиброз печени
E. Сепсис

26. Показаниями для трансплантации печени являются:
A. Вторичный билиарный цирроз
B. Хронический гепатит D
C. Склерозирующий холангит
D. Болезнь Кароли
E. Гепатоцеллюлярный рак

27. Противопоказаниями для пересадки печени являются:
A. Резистентный к лечению асцит, нуждающийся в диетических ограничениях и диуретиках
B. Метаболическое заболевание - недостаток альфа-антитрипсина
C. Потеря веса за счет мышечной ткани, низкий уровень белка сыворотки крови
D. Гистиоцитоз X
E. Алкогольный цирроз печени

28. Противопоказаниями использованию печени донора являются:
A. Нарушения функции печени в анамнезе
B. Травма печени
C. Психические заболевания донора
D. Генерализованное инфекционное заболевание
E. Интоксикация гепатотоксическими препаратами в анамнезе (парацетамол)

29. Клиническими признаками отторжения трансплантата печени являются:
A. Желтуха
B. Температура свыше 39°C
C. Боли в правом подреберье
D. Гепатоспленомегалия
E. Гипоальбуминемия

30. Пересадка легких возможна в следующих вариантах:
A. Пересадка одной доли легкого
B. Пересадка одного легкого
C. Пересадка обоих легких
D. Пересадка одного сегмента легкого
E. Пересадка обоих легких и сердца

31. Хирургический доступ при трансплантации легких может быть следующий:
A. Латеральная торакотомия
B. Медиальная стернотомия
C. Лапаротомия
D. Латеральная торакотомия и лапаротомия
E. Срединные лапаротомия и стернотомия

32. Какой медикаментозный препарат не назначается в послеоперационном периоде при пересадке легких?
A. Циклоспорин А
B. Ортоклон
C. Преднизолон
D. Антитромбоцитарный глобулин

33. Осложнениями при пересадке легких являются:
A. Криз отторжения
B. Инфекции дыхательных путей
C. Бронхиальная астма
D. Бронхиолит
E. Стеноз бронхов

34. Возможные варианты пересадки паращитовидных желез:
A. Аутотрансплант
B. Ксенотрансплант
C Аллотрасплант
D. Изотрансплант

35. Аутотрансплант щитовидной железы осуществляется при:
A. Гипоплазии паращитовидных желез
B. Гиперплазии щитовидной железы
C. Злокачественных опухолей паращитовидных желез
D. Ятрогенного гипопаратиреоза

36. Пересадка какого органа является самой распространенной в мире?
A. Сердце
B. Поджелудочной железы
C. Почки
D. Тонкого кишечника
E. Легких

37. Сингенной пересадкой называется:
A. Пересадка, при которой донор и реципиент одно и тоже лицо
B. Пересадка, при которой донор и реципиент однояйцевые близнецы
C. Пересадка, при которой донор и реципиент ближайшие родственники 1 типа
D. Пересадка, при которой донор и реципиент принадлежат к одинаковому биологическому типу
E. Пересадка, при которой донор и реципиент принадлежат к разным биологическим типам

38. Какой тип реакции отторжения не подлежит лечению?
A. Сверхострая реакция отторжения
B. Острая реакция отторжения
C. Хроническая реакция отторжения

39. Пересадка почек показана следующему контингенту больных, кроме:
A. Больным с тяжелыми сопутствующими болезнями, больным с противопоказаниями к иммунодепрессивному лечению
B. Больным со злокачественными заболеваниями
C. Детям и подросткам с хронической почечной недостаточностью
D. Пациентам, которые не использовали возможности гемодиализа

40. Самое распространенное осложнение при пересадке почек:
A. Синдром Иценко-Кушинга
B. Вирусная инфекция (цитомегаловирус, герпес)
C. Инфекции мочевыводящих путей и послеоперационные раны
D. Некроз бедренной головки кости
E. Ингибиция костномозгового гомеопоэза

41. Чем проявляется реакция отторжения сердца на ЭКГ?
A. Снижение амплитуды волны QR
B. Сглаживание комплекса QRS
C. Экстрасистолия
D. Снижение амплитуды волны P
E. Признаки острой сердечной ишемии

42. Показаниями к пересадке печени являются следующие, за исключением:
A. Финальных стадий цирроза
B. Злокачественных опухолей печени
C. Пороков развития бил парных путей
D. Метастаз злокачественных опухолей в печени
E. Синдрома Бадда-Киари

43. Тестирование по критерию не имеет HLA решающего значения при пересадке:
A. Поджелудочной железы
B. Печени
C. Почек
D. Сердца
E. Легких

44. При пересадке печени встречаются следующие осложнения, за исключением:
A. Кровотечения
B. Некроза желчного пузыря и желчных протоков
C. Острой дыхательной недостаточности
D. Острой сердечно-сосудистой недостаточности
E. Хирургической инфекции

45. Показания к пересадке почек:
A. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов, которым был произведен гемодиализ
B. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов старше 50 лет с патологией ЦНС
C. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов, которым не производили гемодиализ
D. Острая почечная недостаточность

46. Противопоказаниями к пересадке сердца являются следующие, за исключением:
A. Психических болезней
B. Присутствия активной инфекции в организме
C. Легочной гипертензии
D. Почечной патологии с нарушением функции почек
E. Кардиомиопатии с тяжелыми проявлениями сердечной недостаточности

47. Самой частой причиной потери функции пересаженной почки являются:
A. Хроническая реакция сосудистого отторжения трансплантата
B. Ишемия и гипоксия почки до изъятия у донора
C. Криз острого отторжения
D. Криз сверхострого отторжения
E. Тромбоз сосудистых анастомозов

48. Ранними послеоперационными осложнениями при пересадке почек являются, за исключением:

A. Кровотечения
B. Несостоятельности сосудистых анастомозов
C. Формирования мочевого свища
D. Нагноения раны и ложа почки
E. Синдрома Иценко-Кушинга

49. В современной трансплантологии используются следующие иммуносупрессивные препараты, за исключением:
A. Кортикостероидов
B. Азатиоприна
C. Цисплатинума
D. Циклоспорина А
E. Антитромбоцитарного глобулина

50. Принципиальный комплекс антигенов гистосовместимости закодирован в:
A. Хромосоме X
B. Хромосоме Y
C. В 6-ой паре хромосом
D. В 10-ой паре хромосом
E. В 8-ой паре хромосом

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина Б1.В.ДВ.1 Эндовидеохирургия

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	21
Тестовые задания	100

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

ПК-5. готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Подготовка больных к лапароскопическому вмешательству. Ведение послеоперационного периода. Подготовка к работе аппаратуры, инструментария. Обеспечение асептики в процессе операции. Рациональное размещение пациента, персонала, магистралей, соединительных шнуров, инструментария. Дезинфекция, стерилизация, и хранение эндоскопического хирургического оборудования.
2. Вопросы анестезиологического обеспечения эндоскопических операций.
3. Общая техника выполнения эндохирургических доступов.
4. Клиническое применение электрохирургии. Методы гемостаза.
5. Работа с шовным материалом. Техника одиночного и непрерывного шва. Техника интракорпорального и экстракорпорального завязывания узлов.
6. Клинические аспекты применения эндостейплеров.
7. Осложнения в эндоскопической хирургии, их профилактика и устранение.
8. Лапароскопическая диагностика. Лапароскопическая ревизия брюшной полости. Методика, последовательность и интерпретация.
9. Экстренная лапароскопическая хирургия. Перитонит. Лапароскопическая картина перфоративной язвы кишки. Лапароскопическая диагностика панкреонекроза. Острый холецистит.
10. Экстренная лапароскопическая хирургия. Меккелев дивертикул. Острый аппендицит. Острая кишечная непроходимость. Гинекологическая патология - кисты яичников, острый сальпингоофорит, внематочная беременность.
11. Лапароскопическая холецистостомия.
12. Лапароскопическая холецистэктомия.
13. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите.
14. Лапароскопическая холедохолитотомия.
15. Лапароскопическая аппендэктомия.
16. Эндохирургия прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
17. Лапароскопическая хирургия острого панкреатита и панкреонекроза.
18. Лапароскопическая хирургия острой кишечной непроходимости.
19. Эндохирургия при экстренных гинекологических заболеваниях.
20. Лапароскопическое наложение анастомозов желудочно-кишечного тракта.
21. Лапароскопическая хирургия грыж.

Тестовые задания

1.Первым применил эндоскопический осмотр органов брюшной полости

а)Д.О.Отт в 1901 г
б)Келлинг в 1901 г
в)Корбш в 1921 г
г)Якобеус в 1910 г
д)Штейнер в 1924 г

2. Впервые применил цветные рисунки для иллюстрации лапароскопической семиотики заболеваний

а)Корбш в 1922 г
б)Якобсон в 1927 г
в)Кальк в 1933 г
г)Сережников в 1939 г
д)Муратори в 1941 г

3.В клиническую практику метод лапароскопического исследования внедрил

а)Келлинг в 1901 г
б)Якобеус в 1910 г
в)Шмидт в 1927 г
г)Кальк в 1929 г
д)Раддок в 1929 г

4.Оптический прибор для выполнения лапароскопии впервые применил

а)Келлинг в 1901 г
б)Д.О.Отт в 1901 г
в)Кароли в 1909 г
г)Бергман в 1926 г
д)Руманн в 1932 г

5.Специальный лапароскоп с оптикой и освещением впервые сконструировал

а)Боллер в 1927 г
б)Кальк в 1929 г
в)Фридрих в 1930 г
г)Хес в 1937 г
д)Лент в 1945 г

6.Первым из отечественных ученых опубликовал монографию по лапароскопии

а)А.С.Орловский в 1937 г
б)Г.К.Абаев в 1939 г
в)А.М.Аминев в 1947 г
г)А.С.Логинов в 1964 г
д)Г.И.Лукомский, Ю.Е.Березов в 1967 г

7.Автором первой монографии по лапароскопии является

а)Келлинг в 1924 г
б)Якобеус в 1921 г
в)Корбш в 1921 г
г)Штейнер в 1924 г
д)Цолликофер в 1924 г

8.При лапароскопии можно установить все перечисленное, кроме

а)цвета опухоли

б)морфологической структуры опухоли
в)наличия метастазов
г)консистенции опухоли
д)подвижности опухоли

9.Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая
а)асциты неясного генеза
б)дивертикулиты 12-перстной кишки
в)диффузные заболевания печени
г)женское бесплодие
д)спленомегалию

10.Диагностическая плановая лапароскопия показана во всех перечисленных случаях, за исключением
а)уточнения распространенности опухолевого процесса по органам брюшной полости
б)выявления метастазов
в)выяснения природы очаговых изменений печени
г)уточнения характера опухолевых образований в брюшной полости
д)выяснения причины острой кишечной непроходимости

11.Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением
а)болей в животе неясного генеза
б)подозрения на острый аппендицит
в)подозрения на перфорацию полового органа
г)подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
д)желтухи неясного генеза

12.Экстренная диагностическая лапароскопия показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме
а)внутрибрюшного кровотечения
б)воспалительно-гнойных процессов в паранефрии
в)рассасывающийся аневризмы аорты
г)травматических повреждений абдоминальных органов
д)синдрома Алена - Мастерса

13.Экстренная диагностическая лапароскопия показана
а)Для уточнения формы острого панкреатита
б)для проведения дифференциального диагноза между воспалительными заболеваниями гениталий и внематочной беременностью
в)для удаления асцитической жидкости при церрозах печени
г)для уточнения формы и распространенности трофических нарушений при подозрении на мезентериальный тромбоз
д)правильно все, кроме в)

14.Лапароскопическое исследование противопоказано во всех перечисленных случаях, за исключением
а)гемофилии
б)алкогольного опьянения
в)тотального спаечного процесса в брюшной полости
г)терминального состояния больного

д)резко выраженного вздутия кишечника

15.Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, исключая

а)малые формы наружного эндометриоза
б)склерокистоз яичников
в)субсерозные миоматозные узлы матки
г)синдром Алена - Мастерса
д)поликистоз яичников

16.Плановая лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, кроме

а)болевого синдрома, обусловленного спайками в брюшной полости
б)цирроза печени
в)ретенционных кист яичников
г)псевдокист поджелудочной железы
д)папиллярных серозных кистом яичников

17.Ургентная лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением

а)мезентериального тромбоза
б)субкапсулярных гематом печени
в)острого панкреатита
г)острого холецистита
д)механической желтухи

18.Лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая

а)трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
б)хронический активный гепатит
в)тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
г)лимфаденит брыжейки кишки
д)неосложненный острый аппендицит

19.Лапароскопическая холецистохолангиография показана при подозрении на все перечисленные ниже заболевания, кроме

а)калькулезного холецистита
б)холедохолитиаза
в)стриктуры холедоха
г)дискинезии желчевыводящих путей
д)тромбоза печеночных вен

20.Лапароскопическая холецистохолангиография показана во всех перечисленных моментах, исключая

а)дифференцирование органических и функциональных заболеваний сфинктерного аппарата большого дуоденального соска
б)выяснение уровня обтурации желчных протоков
в)выяснение природы обтурации желчных протоков
г)дифференцирование рака билиарно-дуоденальной системы и рака головки поджелудочной железы
д)рентгенологически установленный диагноз - отключенный желчный пузырь

21.Лапароскопическая холецистохолангиография показана для диагностики всех перечисленных состояний, исключая

а)дифференцирование желтух
б)дифференцирование функциональных и органических изменений желчных протоков
в)выяснение причины холецистита
г)диагностику пузырно-кишечных свищей
д)дифференцирование видов холангита

22.Подготовка больного к плановой лапароскопии включает все перечисленное, исключая
а)накануне в день исследования сделать очистительные клизмы
б)на ночть перед исследованием назначить седативные препараты
в)научить больного "надуть" живот
г)перед исследованием опорожнить мочевой пузырь
д)накануне лапароскопии выполнить обзорную рентгеноскопию брюшной полости

23.Подготовка больного к экстренной лапароскопии включает все перечисленное, кроме
а)через желудочный зонд удалить из желудка содержимое
б)определить группу крови и резус принадлежность
в)дать выпить метиленовый синий
г)объяснить больному, какая помощь требуется от него во время исследования
д)внутримышечно сделать инъекцию по 1 мл 0.1% раствора сернокислого атропина и 2% промедола

24.Для наложения пневмоперитонеума пункционная игла в брюшную полость может быть проведена через
а)над лобком по белой линии живота
б)в правой подвздошной области
в)в левой подвздошной области
г)ниже пупка по белой линии живота
д)выше пупка по белой линии живота

25.К инструментам, применяющимся при подготовке и наложении пневмоперитонеума, относятся все перечисленные, исключая
а)шприц Жанэ
б)копьевидный скальпель
в)пункционную иглу
г)зажим
д)иглодержатель

26.К инструментам, применяемым при выполнении лапароскопической холецистохолангиографии, относятся все перечисленные, кроме
а)шприца "Рекорд"
б)иглы Иверсена - Рохольма
в)копьевидного скальпеля
г)окончатого мягкого зажима
д)металлического пальпатора

27.Пункция желчного пузыря для выполнения лапароскопической холецистохолангиографии может производиться через все перечисленные точки, исключая
а)край печени
б)стенку дна желчного пузыря
в)стенку медиальной поверхности тела желчного пузыря

г)стенку латеральной поверхности тела желчного пузыря
д)переходящую складку между стенкой желчного пузыря и задней поверхностью печени

28.Лапароскоп стерилизуется
а)в растворе карболовой кислоты
б)в растворе фурациллина
в)в растворе муравьиной кислоты
г)автоклавированием
д)в растворе хлоргексидина

29.Для аспирационной биопсии инструменты стерилизуются
а)кипячением
б)автоклавированием
в)в сухожаровых камерах
г)в параформалиновых камерах
д)в растворах антисептика

30.В брюшную полость лапароскоп вводится
а)вращательным движением
б)под контролем зрения
в)медленно
г)быстро
д)под углом относительно передней брюшной стенки

31.Для выполнения лапароскопии необходимо все перечисленное, исключая
а)остроконечный скальпель
б)троакар
в)переходный резиновый воздуховод
г)ранорасширитель
д)лапароскоп

32.Лапароскопический троакар может быть проведен в брюшную полость
а)ниже и правее пупка
б)ниже и левее пупка
в)по белой линии живота ниже пупка
г)в правом подреберье
д)выше и левее пупка

33.Наименее опасно осуществить лапароцентез для проведения лапароскопии
а)на 2 см выше пупка и 2 см вправо от белой линии живота
б)на 2 см выше пупка и 2 см влево от белой линии живота
в)на 2 см ниже пупка и 2 см влево от белой линии живота
г)на 2 см ниже пупка и 2 см вправо от белой линии живота
д)на 2 см ниже пупка и 1 см вправо от белой линии живота

34.Проведение лапароскопического троакара в брюшную полость облегчается всем перечисленным, кроме
а)рассечения кожи
б)надсечения апоневроза
в)рассечения брюшины
г)вращательных движений троакара вокруг своей оси
д)подтягивания передней брюшной стенки кверху за апоневроз

35.В качестве объемной среды при выполнении лапароскопии можно применить все перечисленное, за исключением

а)воздуха
б)закиси азота
в)углекислого газа
г)кислорода
д)фурацилина

36.Для осмотра червеобразного отростка лапароскоп в брюшную полость проводится

а)через верхнюю правую точку Калька
б)через верхнюю левую точку Калька
в)через нижнюю левую точку Калька
г)по белой линии живота над лобком
д)в точке Мак-Бурнея

37.Для осмотра субкардиального отдела желудка лапароскоп в брюшную полость проводится

а)по белой линии живота на 3 см ниже мечевидного отростка
б)по наружному краю прямой мышцы живота в правом подреберье
в)в верхней точке Калька справа
г)в нижней точке Калька слева
д)через левое подреберье латеральнее наружного края мышцы живота

38.При планировании лечебных манипуляций для купирования острого панкреатита целесообразно вводить в брюшную полость лапароскоп через

а)верхнюю правую точку Калька
б)верхнюю левую точку Калька
в)нижнюю левую точку Калька
г)наружный край прямой мышцы живота в левом подреберье
д)наружный край прямой мышцы живота в правом подреберье

39.При планировании лапароскопической холецистохолангиографии лапароскопический троакар в брюшную полость целесообразно вводить

а)по наружному краю прямой мышцы живота слева, на уровне пупка
б)по наружному краю прямой мышцы живота справа, на уровне пупка
в)в левой верхней точке Калька
г)в левой нижней точке Калька
д)в правом подреберье

40.Если оптика на дистальном конце лапароскопа загрязнилась кровью или асцитической жидкостью, то необходимо

а)протереть лапароскоп о большой сальник
б)промыть физиологическим раствором
в)протереть салфеткой
г)все перечисленное
д)ничего из перечисленного

41.При лапароскопическом исследовании можно осмотреть все перечисленное, исключая

а)печень
б)поджелудочную железу
в)желудок

г)матку с придатками
д)надпочечники

42.Если у больного при выполнении лапароскопии возникла рвота, то не следует
а)поднять головной конец стола
б)опустить головной конец стола
в)голову больного повернуть вправо
г)удалить воздух из брюшной полости
д)приостановить исследование до прекращения рвоты

43.Абдоминальный отдел пищевода можно осмотреть
а)из верхней точки Калька слева
б)из верхней точки Калька справа
в)из левого подреберья латеральнее наружного края прямой мышцы живота
г)из нижней точки Калька слева
д)из нижней точки Калька справа

44.Желчный пузырь хорошо доступен осмотру при положении больного
а)на спине при горизонтальном положении стола
б)на спине с опущенным головным концом стола
в)на правом боку с приподнятым головным концом стола
г)на левом боку с приподнятым головном концом стола
д)на левом боку с опущенным головным концом стола

45.Желудок хорошо доступен осмотру при положении больного
а)на спине с приподнятым головным концом стола
б)на спине с опущенным головным концом стола
в)на спине при горизонтальном положении стола
г)на левом боку при горизонтальном положении стола
д)на правом боку при горизонтальном положении стола

46.Селезенка хорошо доступна осмотру в положении больного
а)на спине при горизонтальном положении больного
б)на спине с приподнятым головным концом стола
в)на правом боку с приподнятым головным концом стола
г)на левом боку с опущенным головным концом стола
д)на спине с опущенным головным концом стола

47.Способствовать осмотру контуров правой почки можно
а)приподняв нижний край правой доли печени
б)сместив книзу попечный угол толстой кишки
в)сместив кверху печеночный угол толстой кишки
г)сместив латерально восходящий отдел толстой кишки
д)сместив медиально восходящий отдел толстой кишки

48.Ориентиром для поиска и осмотра нижнего полюса левой почки является
а)нижний полюс селезенки
б)большая кривизна тела желудка
в)нижний край селезеночного угла толстой кишки
г)наружный край нисходящего отдела толстой кишки
д)медиальный край нисходящего отдела толстой кишки

49.Для осмотра головки поджелудочной железы через париетальную брюшину задней

брюшной стенки необходимо

а)опустить головной конец стола

б)приподнять головной конец стола и повернуть больного на 45- влево

в)повернуть больного на 45- вправо

г)пальпатором сместить желудок дистально

ПК-6. готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

50.Для осмотра контуров общего желчного протока необходимо

а)больному придать положение, обратное Тренделенбургу

б)сместить желчный пузырь в сторону передней брюшной стенки

в)приподнять нижний край 4-го сегмента печени

г)антральный отдел желудка сместить дистально

д)правильно все, кроме б)

51.Осматривать червеобразный отросток следует в положении

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)на спине с приподнятым головным концом стола

в)на правом боку с опущенным головным концом стола

г)на левом боку с опущенным головным концом стола

д)на правом боку с приподнятым головным концом стола

52.Органы малого таза следует осматривать в положении

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)на спине при опущенном головном конце стола

в)на правом боку с опущенным головным концом стола

г)на левом боку с опущенным головным концом стола

д)на левом боку при горизонтальном положении стола

53.Абдоминальный отдел максимально доступен осмотру

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)в положении Тренделенбурга

в)в положении Тренделенбурга с поворотом больного на 45- вправо

г)в положении Тренделенбурга с поворотом больного на 45- влево

д)на спине с приподнятым головным концом стола

54.Контуры правой почки хорошо просматриваются в положении

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)на спине с приподнятым головным концом стола

в)в положении Тренделенбурга

г)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на правый бок

д)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на левый бок

55.Хорошо просматривается контур нижнего полюса левой почки

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)в положении Тренделенбурга

в)при горизонтальном положении стола с поворотом больного на 45- вправо

г)при приподнятом головном конце стола с поворотом больного на правый бок

д)на спине при приподнятом головном конце стола

56.Сигмовидная кишка хорошо доступна осмотру в положении больного

а)на спине при горизонтальном положении стола

б)на спине с опущенным головным концом стола
в)на левом боку при горизонтальном положении стола
г)на левом боку при опущенном головном конце стола
д)на правом боку при слегка опущенном головном конце стола

57.Луковицу 12-перстной кишки можно осмотреть в положении больного
а)на спине при горизонтальном положении стола
б)на спине с приподнятыми головным концом стола
в)на правом боку при горизонтальном положении стола
г)на левом боку при горизонтальном положении стола
д)на спине с опущенным головным концом стола

58.Поперечно-ободочную кишку можно осмотреть в положении больного
а)на спине при горизонтальном положении стола и натяжении большого сальника проксимально
б)на спине с опущенным головным концом стола при смещении большого сальника орально
в)на правом боку с опущенным головным концом стола при смещении большого сальника вправо
г)на левом боку с приподнятым концом стола при смещении большого сальника влево
д)на спине с приподнятым головным концом стола при смещении большого сальника орально

59.Оптимальным для осмотра позадиматочно-прямокишечного пространства является положение
а)на спине при горизонтальном положении операционного стола
б)положение, обратное Тренделенбургу
в)положение Тренделенбурга
г)положение Тренделенбурга с поворотом больного на правый бок
д)положение Тренделенбурга с поворотом больного на левый бок

60.Щипцовая биопсия при лапароскопии показана при всех перечисленных ниже заболеваниях, за исключением
а)очаговых некистозных заболеваниях печени
б)диффузных заболеваний печени
в)лимфаденита неясного генеза
г)опухолевых заболеваний яичников
д)опухолевых заболеваний селезенки

61.Щипцовая биопсия при лапароскопии показана для решения всех перечисленных вопросов, исключая
а)морфологическое дифференцирование желтух
б)выбора вида химиотерапевтического лечения
в)уточнение нозологической формы заболевания
г)уточнение активности цирроза печени
д)дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей

62.Щипцовая биопсия при лапароскопии выполнима при исследовании всех перечисленных тканей, за исключением
а)ткани печени
б)гранулярно-узловых образований париетальной брюшины
в)опухолевых узлов желчного пузыря

г)лимфоузлов желчного пузыря
д)тканей яичников

63.Лапароскопическая щипцовая биопсия противопоказана при всех перечисленных заболеваниях, кроме
а)нарушений в свертывающей системе крови
б)кистозных заболеваний печени
в)поликистоза яичников
г)выраженного холестаза
д)очаговых заболеваний селезенки

64.Прицельную биопсию печени при визуальном контроле в лапароскопе впервые выполнил
а)Хеннинг в 1941 г
б)Кальк в 1943 г
в)Наранго в 1945 г
г)Верхуб в 1946 г
д)Ленци в 1950 г

65.Пункционная биопсия при лапароскопии показана в случае
а)цирроза печени
б)подозрения на тромбоз печеночных вен
в)подозрения на амилоидоз печени
г)подозрения на лимфому селезенки
д)подозрения на опухоль почки

66.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
д)при подозрении на инсулому поджелудочной железы

67.Лапароскопическая щипцовая биопсия противопоказана
а)при гемохроматозе печени
б)при малых формах наружного эндометриоза
в)при абдоминальной форме туберкулеза
г)при подозрении на внутриутробную эктопию плодного яйца
д)при подозрении на фиброму яичника

68.При подготовке к аспирационной биопсии шприц нужно промыть
а)физиологическим раствором
б)раствором новокаина
в)раствором формалина
г)раствором хлоргексидина
д)промывать шприц не нужно

69.Аспирационная биопсия при лапароскопии противопоказана при подозрении на
а)дермоид яичников
б)сифилис печени
в)лимфому селезенки
г)гемангиому печени
д)туберкулезный натечник

70.Аспирационная биопсия не бывает информативной
а)при абсцессах печени
б)при кистомах яичников
в)при жировой инфильтрации печени
г)при опухолях почки
д)при забрюшинно расположенных инфильтратах

71.Аспирационная биопсия при лапароскопии информативна в случае
а)хронического гепатита
б)цирроза печени
в)эндометроидных кист яичников
г)абдоминальной формы лимфогранулематоза
д)аденомиоза матки

72.Для остановки кровотечения, возникшего при пункционной биопсии печени, необходимо
а)удалить пневмоперитонеум и прижать переднюю брюшную стенку к кровоточащей ране печени или прижать пункционную рану печени лапароскопом или пальпатором
б)пломбировать пункционную рану печени клеем МК-6
в)остановить кровотечение из пункционной раны печени аппликацией ферракрила
г)коагулировать пункционную рану печени

73.Пункционная биопсия печени при лапароскопии показана в случае
а)диффузно-фиброзных заболеваний печени
б)диффузных заболеваний печени без проявлений фиброза в ней
в)очаговых заболеваний печени
г)печеночного холестаза
д)синдрома Бадда - Хиари

74.Пункционная биопсия при лапароскопии противопоказана в случае
а)нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови
б)спленомегалии неясного генеза
в)тромбоза печеночных вен
г)макроскопических признаков портальной гипертензии
д)персистирующей формы хронического гепатита

75.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана при подозрении на все перечисленные патологические процессы, исключая
а)аневризму аорты
б)гидронефроз
в)поликистоз яичников
г)жировую инфильтрацию печени
д)опухоль почки

76.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана
а)для уточнения природы забрюшинных опухолей
б)для уточнения природы забрюшинных инфильтратов
в)для уточнения характера изменений поджелудочной железы
г)для уточнения характера заболеваний селезенки
д)для дифференциальной диагностики жировой инфильтрации печени от других ее диффузных заболеваний

77.Аспирационная биопсия при лапароскопии показана
а)при опухолевых образованиях передней брюшной стенки
б)при подозрении на неэпителиальные опухоли забрюшинной клетчатки
в)при опухолях брыжейки кишки
г)при подозрении на псевдокисту поджелудочной железы
д)при малых формах наружного эндометриоза

78.Способствовать осмотру контура нижнего полюса левой почки можно, сместив
а)большую кривизну тела желудка медиально
б)ободочную порцию селезеночно-ободочной связки латерально
в)нижний край селезеночного угла толстой кишки проксимально
г)нисходящий отдел толстой кишки медиально
д)нисходящий отдел толстой кишки латерально

79.Лапароскопическую холецистохолангиографию впервые выполнил
а)Ферверс в 1933 г
б)Ли в 1941 г
в)Роер в 1942 г
г)Кальк в 1945 г
д)Хеннинг в 1947 г

80.Метод лапароскопической холецистохолангиографии в клиническую практику внедрил
а)Калами в 1936 г
б)Роер в 1942 г
в)Аллоди в 1944 г
г)Фурье в 1945 г
д)Хоуп в 1950 г

81.Лапароскопическая холецистохолангиография противопоказана
а)при внутрипеченочном расположении желчного пузыря
б)при остром холецистите
в)при билирубинемии свыше 25 мг%
г)при гепатомегалии
д)при водянке желчного пузыря

82.Оптимальный диаметр пункционной иглы для выполнения лапароскопической холецистохолангиографии должен быть
а)менее 1 мм
б)1 мм
в)1.2 мм
г)2 мм
д)3 мм

83.При подозрении на прикрытую перфорацию желудка при лапароскопии следует применить все перечисленное, за исключением
а)ввести в желудок больного воздух
б)дать выпить метиленовый синий
в)приподнять край печени, сместить большой и малый сальники
г)совершить скользящее движение пальпатором от кардии к привратнику, прижимая его к передней стенки желудка
д)выполнять выше перечисленные манипуляции нельзя

84.Показаниями для лапароскопической хромосальпингоскопии является
а)определение проходимости маточных труб
б)выявление нодоза маточных труб
в)определение вида лечения больного с бесплодием
г)определение объема предполагаемого оперативного лечения
д)установление возможного нарушения моторики маточных труб

85.При пункции желчного пузыря через край печени игла может быть введена всеми перечисленными способами, за исключением
а)перпендикулярного поверхности печени в зоне сращения ее с желчным пузырем
б)наклонного в сторону дна желчного пузыря
в)справа налево, относительно средней оси сращения желчного пузыря с печенью
г)слева направо, относительно средней оси сращения желчного пузыря с печенью

86.Критерием глубины погружения иглы в просвет желчного пузыря при его пунктировании через печень является
а)деления на пункционной игле
б)расстояние, равное диаметру желчного пузыря
в)расстояние, равное половине диаметра желчного пузыря
г)толщина края печени над желчным пузырем
д)расстояние от дна желчного пузыря до париетальной брюшины брюшной стенки

87.Для облегчения дифференциальной диагностики функциональных и органических заболеваний желчных протоков при лапароскопической холецистохолангиографии можно применять все перечисленное, кроме
а)метацина
б)нитроглицерина
в)морфина
г)тригана
д)эуфиллина

88.Оптимальной концентрацией рентгеноконтрастного препарата для выявления холестериновых камней в желчных протоках при прямом контрастировании их является
а)стандартная концентрация заводского приготовления
б)50% концентрация от стандартного заводского приготовления
в)25% концентрация от стандартного заводского приготовления
г)10% концентрация от стандартного заводского приготовления
д)5% концентрация от стандартного заводского приготовления

89.Заполнение контрастом внутрипеченочных желчных протоков происходит лучше в положении
а)лежа на спине при горизонтальном положении стола
б)на правом боку
в)на левом боку
г)лежа на спине с приподнятым головным концом стола
д)лежа на спине с опущенным головным концом стола

90.Заполнению контрастом внутрипеченочных протоков при лапароскопической холецистохолангиографии способствуют
а)хлористый кальций
б)морфин

в)но-шпа
г)метацин
д)эуфиллин

91.Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил
а)Куссмауль в 1868 г
б)Якобеус в 1910 г
в)Тейлор в 1914 г
г)Фридель в 1956 г
д)Карленс в 1959 г

92.Методику торакоскопии в нашей стране впервые применил
а)Д.О.Отт в 1911 г
б)С.И.Спасокукоцкий в 1919 г
в)П.А.Герцен в 1925 г
г)П.А.Куприянов в 1929 г
д)С.С.Юдин в 1933 г

93.Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленное, кроме
а)плевритов неясной этиологии
б)пиопневмоторакса
в)опухолей плевры
г)бронхогенного рака легкого
д)спонтанного пневмоторакса

94.Противопоказанием к торакоскопии является все, кроме
а)кахексии
б)изменения свертываемости крови
в)бронхоплевральных свищей
г)острой коронарной недостаточности
д)коматозных состояний

95.Среди осложнений при торакоскопии наиболее часто встречаются все, кроме
а)подкожной эмфиземы
б)пневмоторакса
в)внутриплеврального кровотечения
г)инфицирования плевральной полости
д)легочного кровотечения

96.Оптические телескопы обрабатываются способом, кроме
а)кипячения
б)в парах формалина в течение 24 ч
в)окисью этилена в течение 24 ч
г)спиртовым раствором хлоргексидина
д)4% раствором роккала

97.Вспомогательные металлические инструменты стерилизуются любым способом, кроме
а)автоклавирования
б)сухожаровой обработки
в)кипячения
г)спиртового раствора йода 2%
д)спиртового раствора хлоргексидина

98.Для торакоцентеза типичная точка расположена

а)в III межреберье по заднеподмышечной линии

б)во II межреберье по среднеключичной линии

в)в I межреберье кпереди от среднеподмышечной линии

г)в IX межреберье по лопаточной линии

д)в I межреберье по переднеподмышечной линии

99.Ориентиром, позволяющим определить место нахождения торакоскопа в плевральной полости, является все, кроме

а)вертебральных отрезков ребер

б)сухожильной поверхности диафрагмы

в)полунепарной вены

г)перикарда

д)пищевода

100.При торакоскопии оценке подлежит все, кроме

а)характера экссудата

б)вида париетальной плевры

в)вида висцеральной плевры

г)податливости и подвижности легкого

д)состояния сегментарных бронхов

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплины Б2.1. Производственная (клиническая) практика базовая, Б2.2. Производственная (клиническая) практика вариативная

Оценочные средства	Количество
Тестовые задания	363
Ситуационные (клинические) задачи	69

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление

Тестовые задания

1. Клиника острой кровопотери возникает при кровотере, равной:
   а) 250 мл
   б) 500 мл
   в) 1000 мл
   г) 1500 мл
   д) 2000 мл

2. Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:
   а) 1000 мл
   б) 750 мл
   в) 500 мл
   г) 250 мл
   д) Менее 250 мл

3. ОЦК у взрослых мужчин составляет:
   а) 50 мл/кг
   б) 60 мл/кг
   в) 70 мл/кг
   г) 80 мл/кг
   д) 90 мл/кг

4. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:
   а) 20-25%
   б) 30%
   в) 35%
   г) 40%
   д) 45%

5. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания: 1.

Эритромассы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2
б) Верно 1, 3
в) Верно 2, 4
г) Верно 2, 3
д) Верно 3, 4

6. Переливание несовместимой крови ведет к развитию: 1. гемотрансфузион-нозо шока 2. отека легких 3. гемолиза 4. острой почечной недостаточности 5. геморрагического синдрома Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 1, 3, 4
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 4

7. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся: 1. групповая совместимость 2. индивидуальная совместимость 3. биологическая проба 4. определение резус совместимости 5. определение резус фактора Выберите правильный ответ:

а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 1, 3, 4
д) Верно 1, 2, 4

8. Для лечения гиповолемии вначале используют:

а) Вазопрессоры
б) Кардиотонические средства
в) Плазмозаменители
г) Эритромассу
д) Донорскую кровь

10. Нейротоксическим действием обладают:

а) Пенициллин и линкомицин
б) Кефзол и пенициллин
в) Полимиксин и стрептомицин
г) Стрептомицин и кефзол
д) Линкомицин и стрептомицин

11. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируются:

а) Оксациллин
б) Эритромицин
в) Канамицин
г) Метациклин
д) Пенициллин

12. Гепатотоксическим действием обладает:

а) Пенициллин
б) Тетрациклин
в) Линкомицин
г) Колимицин

д) Цефамезин

13. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным явзяется:
а) Левомицетин
б) Тетрациклин
в) Эритромицин
г) Ампиокс
д) Олеандомицин

14. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает:
а) Окситетрациклин
б) Полимексин
в) Линкомицин
г) Цефазолин
д) Левомицетин

15. Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием всего перечисленного: 1. Эритромассы 2. Альбумина 3. Плазмы 4. Криопреципитата 5. Тромбомассы Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 3, 4, 5
д) Верно 2, 3, 4

16. Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:
а) Первых суток
б) 2 суток
в) 3 суток
г) 1 недели
д) Срок не ограничен, если она жидкая

17. Среди перечисленных ниже антибактериальных средств обладают как бактерицидным, так и бактериостатическим действием:
а) Потесептил, рифампицин, ванкомицин
б) Неомицин, метациклин, ампиокс
в) Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин
г) Рифамид, миноциклин, сизомицин
д) Ванкомицин, оксиглюкоциклин, азлоциллин

18. Больному с А2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:
а) А2В (IV)
б) 0 (I)
в) Только одногруппную плазму
г) В (III)
д) Любую сухую

19. Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень рО2 при ингаляции чистым кислородом:
а) Ниже 40 мм рт. ст.

б) Ниже 50 мм рт. ст.
в) Ниже 60 мм рт. ст.
г) Ниже 70 мм рт. ст.
д) Правильного ответа нет

20. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются: 1. pH менее 7,3 2. pCO2 менее 40 мм рт. ст. 3. менее 20 мм рт. ст. 4. BE более - 5 ммоль/л 5. BE более - 10 ммоль/л
а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 3, 4, 5
в) Верно 2, 4
г) Верно 1, 2, 4
д) Верно 1, 3

21. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются: 1. pH более 7,45 2. pCO2 менее 40 мм рт. ст. 3. менее 60 мм рт. ст. 4. BE более + 5 ммоль/л 5. BE более + 10 ммоль/л
а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 1, 2, 4
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 2, 4
д) Верно 1, 3

22.При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:
а) Гистамина
б) Гистамина и серотонина
в) Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)
г) Гистамина, серотонина, медленно реагирующей субстанции (МРС) и брадикинина
д) Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина

23. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:
а) Норадреналин
б) Преднизолон
в) Димедрол
г) Хлористый кальций
д) Адреналин

24. После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:
а) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - после первого приема пищи
б) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка - 3 суток
в) Желудок через - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка - 3 суток
г) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа
д) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - немедленно, толстая кишка - 24 часа

25. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:
а) Увеличение вязкости крови
б) Снижение активности крови
в) Снижение давления в системе воротной вены
г) Активация процесса перехода протромбина в тромбин

д) Снятия спазма вен портальной системы

26. Время кровотечения удлиняется:
а) При травмах и размозжениях мышц
б) При гемолитических кризах.
в) При резко выраженной тромбоцитопении
г) При асфиксии
д) При ожоговой травме

27. Время свертывания крови увеличивается:
а) При гипокоагуляции
б) При гиперкоагуляции
в) При анемии
г) При увеличении фибриногена в крови
д) При ожогах

28. Продукты деградации фибриногена (ПДФ):
а) Не влияют на свертывание крови
б) Обладают антикоагулянтными свойствами
в) Вызывают гиперкоагуляцию
г) Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена
д) Свидетельствуют о снижении тромбинового времени

29. Для терминальной фазы перитонита характерно: 1. токсическое поражение ЦНС 2. развитие функциональной кишечной непроходимости 3. развитие ДВС-синдрома 4. развитие печеночно-почечной недостаточности 5. иммунодефицит
а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 2, 3, 4
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 4
д) Верно 2, 3, 5

30. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится: 1. к предварительной водной нагрузке 2. к введению 15-20% раствора мантинола из расчета 1-1,5 в/кг 3. к введению растворов электролитов с учетом ионограмм 4. к введению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумина, аминопептид)
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 3, 4
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 3, 4

Ситуационые задачи

Задание № 1.

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной об-ласти. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови 10,0-103 в 1 мкл, эритроцитов— 3,1-106 в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

Задача № 2.

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу ост-рого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое ко-личество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в бры-жейке тонкого кишечника.

Задание.

1 Какое заболевание у больной?

2 Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?

3 Как следует поступить во время операции?

4 Тактика ведения в послеоперационном периоде?

Задача № 3.

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообраз-ными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопро-вождался рвотой, повышением температуры до 38,5°С, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Поло-жительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеб-лется от 15,0-103 до 18,0-103 в 1 мкл.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Дополнительные методы исследования в первые сутки с мо-мента госпитализации?
4. План обследования?
5. Современные методы лечения.

Задача № 4.

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткооб-разного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидиой формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгеноло-гически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.

4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

Задача № 5.

Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболе-вание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нор-мальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотно-эластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии — высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жид-кость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.
1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

Задача № 6.

Больная Ж., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38*, озноб.

При объективном исследовании : повышенного питания, язык су-хой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края ре-берной дуги на 3 см . Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Сим-птомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдо-минальная ультрасонография .Общий желчный проток 8 мм в диа-метре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из кото-рых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь.

Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 тыс/л.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Вопросы:
1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Показания и методы профилактики тромбоэмболических ослож-нений.

Задача № 7.

Женщина в возрасте 47 лет жалуется на кожный зуд в течение последних 2 недель. Других жалоб у нее нет, аппетит N, уменьшения массы тела не отмечается. В возрасте 14 лет она перенесла аппендэктомию. За 2 месяца до появления данных жалоб приняла курс триметоприма-сульфаметоксазола по поводу инфекции мочевыводящего тракта. В се-мейном анамнезе отсут. указания на болезни печени. Пациентка не болела гепатитом, ей не

вводились в/в лекарства, не проводились гемотрансфузии. Но б-ая длит. время была донором, последний раз сдавала кровь 6 мес назад. При объект.исслед.: небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках спине, груди. Л/узлы не изменены. Аускульт. картина легких без пат. изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпа-ции живота печень выступает из под края реб. дуги на 8 см, край мягкий. Пальпируется нижний полюс селезенки в левой латеральной позиции. Живот мягкий, б/б. При ректаль-ном исслед. пат. нет. Реакция Грегерсена слегка положительна. Периферические отеки отсутствуют.Данные лаб. обслед. больной: общий белок-85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий би-лирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 10, гемоглобин 121 г/л, ге-матокрит 35,2%, тромбоциты 128. Абдоминальная ультрасонография не выявила изме-нений размеров печени и дилатации желчных путей. Общий желчный проток 5 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Обнаружена небольшая спле-номегалия. Поджелудочная железа и почки в норме. Ночью больная проснулась в 2 часа от боли в правом подреберье и тошноты. Данные объект.обслед.: у больной незначитель-но повышена температура (37,8), живот напряжен в правом подреберье, положительный симптом Мерфи. Данные лаб.обслед. б-ой: АсАт - 350 МЕ/л, АлАт - 265 МЕ/л, щелоч-ная фосфатаза -1033 МЕ/л, общий билирубин 54 мг/л, лейкоциты крови - 12,5 10, гемо-глобин 128 г/л, гематокрит 37,5%. В связи с подозрением на холестаз выполнено УЗИ, при котором диаметр общего желчного протока 1,5 см. Дистальный проток и головка поджелудочной железы не визуализированы из-за скопления в кишечнике газов.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Тестовые задания

31. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает: 1. лечение шока и гиповолемии 2. лечение дыхательных нарушений 3. коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС 4. купирование болевого синдрома 5. назначение цитостатиков и антиферментных препаратов 6. локальную гипертермию желудка

а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
б) Верно 1, 2, 3
в) Верно 4, 5, 6
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

32. Наиболее выраженным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы: 1. декстраны 2. растворы желатина 3. плазма 4. Рингер-лактат 5. кристалоиды. Выберите правильную комбинацию:

а) Верно 1, 3
б) Верно 2, 3
в) Верно 3, 4
г) Верно 4, 5
д) Верно 1, 2

33. При применении декстранов возможны: 1. перегрузка кровообращения 2. опасность кровотечения 3. почечная недостаточность 4 все ответы правильные. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) Верно 1, 2, 4
б) Верно 2, 3, 4
в) Верно 1, 3, 4
г) Верно 1, 2, 3
д) Верно 1, 4

34. При распространенном внутрисосудистом тромбозе необходимо водить все нижеперечисленное: 1. Гепарин 2. Фибриноген 3. Фибринолизин 4. Тромбоцитарную массу Выберите правильную комбинацию:
а) Верно 1, 2, 3
б) Верно 1, 2, 3, 4
в) Верно 2, 3, 4
г) Верно 1, 3, 4
д) Верно 1, 3

35. Опасными осложнениями при лечении диабетической комы являются все перечисленные: 1. Гипогликемии 2. Гипокалиемия 3. Отека мозга - синдром дисэквилибрирования 4. Расстройства дыхания 5. Артериальной гипертензии. Выберите правильную комбиницию ответов:
а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 4, 5
д) Верно 1, 2, 3, 4

36. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:
а) Показатели Нв, числа эритроцитов
б) Показатели пульса и артериального давления
в) Бледность кожных покровов
г) Коллапс
д) Дифицит глобулярного объема

37. Для сотрясения мозга характерно: 1. Потеря сознания 2. Тошнота, рвота 3. Головная боль 4. Истечение ликвора из уха 5. Ретроградная амнезия.
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 2, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 3, 4, 5

38. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются: 1. Вторичная потеря сознания 2. Развитие генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы 3. Анизокория 4. Птоз верхнего века 5. Гемипарез или гемиплегия
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 2, 3, 4, 5

39. При сотрясении головного мозга наиболее характерным чвляется:
а) Кровотечение из носа
б) Потеря сознания
в) Головная боль

г) Эпилептические припадки
д) Головокружение, нистагм

40. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:
а) Сильная головная боль
б) Рвота
в) Ликворея из носа
г) Подкожная гематома
д) Наличие перелома на краниограмме

41. Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:
а) Сильная головная боль
б) Неоднократная рвота
в) Однократная рвота
г) Истечение жидкости из носа
д) Кровоподтек под глазом

42. При наличии проникающей ЧМТ с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:
а) Наложить щвы на кровоточащую рану
б) Наложить давящую повязку
в) Произвести первичный хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа
г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану
д) Произвести тампонаду раны

43. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:
а) Ограничение открывания рта
б) Нарушение прикуса
в) Кровотечение из носа
г) Ассиметрия лица
д) Диплопия

44. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:
а) Отправить больного домой
б) Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь
в) Госпитализировать в травматлогическое отделение
г) Госпитализировать в нейрохирургическое отделение
д) Оставить под наблюдением в поликлинике

45. Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга является: 1. Нарастание неврологической симптоматики 2. Нарушение проходимости субарахноидального пространства 3. Наличие крови в ликворе 4. Синдром острого переднего повреждения спинного мозга 5. Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 1, 3, 4, 5
в) Верно 1, 2, 4, 5
г) Верно 2, 3, 4, 5
д) Верно 2, 3, 4

46. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:
а) Сотрясение спинного мозга

б) Ушиб шейного отдела спинного мозга
в) Сдавление спинного мозга
г) Ушиб грудного отдела спинного мозга
д) Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

47. Показания для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:
а) Нарастающий болевой синдром
б) Онемение в области промежности
в) Остро возникшие тазовые расстройства
г) Постепенно нарастающие чувствительные нарушения
д) Все перечисленное

48. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:
а) растворения фибрина
б) приостановления роста тромба
в) увеличения количества сгустков
г) измениения внутренней оболочки сосудов
д) снижения активности ДНК

49. Причиной торомбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:
а) лицевых вен
б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
в) глубоких вен верхних конечностей
г) поверхностых вен нижних конечностей
д) поверхностых вен верхних конечностей

50. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:
а) резкий отек нижней конечности
б) некроз пальцев стоп
в) похолодание стопы
г) симптом перемежающейся хромоты
д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

51. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные , кроме: 1.замедления тока крови в венах 2. нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. варикозного расширения вен 4.снижения фибринолитической активности крови 5.мерцательной аритмии
а) верно 1,2,3,4,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 3,4,5
г) верно 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

52. Маршевая проба проводится с целью выявления:
а) несостоятельных коммуникантных вен
б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
г) торомбоза подколенной артерии
д) острого тромбофлебита

53. Проба Претта проводится с целью выявления:

а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
б) недостаточности артериального кровотообращения в нижних конечностях
в) несостоятельных коммуникативных вен
г) острого тромбофлебита
д) тромбоза подколенной артерии

54. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностых вен нижних конечностей являются : 1. дистальные отеки 2. распирающие боли 3. повышение температуры тела 4. гиперемия кожи и отек по ходу вен 5.резкая болезненность при пальпации

а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,2,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно 2,3,5

55. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2.ожирение 3. гиподинамия 4.онкологические заболевания 5.ишемическая болезнь сердца

а) верно 2,3,4,5
б) верно 1,2,3,4
в) верно 1,3,4,5
г) верно 1,2,4,5
д) верно3,4,5

56. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1.отеки дистальных отделоав конечностей по вечерам 2.перемежающаяся хромота 3.признаки трофических расстройств кожи голени 4.судороги по ночам 5.видиме расширение подкожных вен

а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 3,4,5
д) верно 2,4,5

57. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:

а) сокращение икроножных мышц
б) возвышенное положение низних конечностей
в) длительный постельный режим
г) бинтование ног эластическими бинтами
д) раннее вставание

58. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

а) бебкока
б) нарата
в) маделунга
г) троянова-тределенбурга
д) линтона

59. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационом периоде включает в себя все ниже перичисленное: 1. назначение гепарина 2.назначение дезагрегантов

3.лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5.бинтование ног эластичным бинтом

а) верно 1,2,3,4
б) верно 2,3,4,5
в) верно 1,3,4,5
г) верно 1,2,3,5
д) верно 2,3,5

60. Операция Троянова-Тределенбурга заключается:

а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-феморального треугольника
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

61. Операция Нарата заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) удаление подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

62. Операция Маделунга заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

63. Операция Клаппа заключается:

а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом
г) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

64. Операция Кокетта заключается

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

65. Операция Линтона заключается:

а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

66. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

а) Комбинированным оперативным методом
б) Операцией Линтона
в) Операцией Бебкока
г) Операцией Нарата
д) Операцией Маделунга

67. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :
а) Антибиотики
б) Спазмолитики
в) Антикоагулянты
г) Активные движения
д) Парентеральное введение больших обьемов жидкостей

68. Для остого тромбоза глубоких вен конечностей харктерно : 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

69. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,5
г) Верно 2,3,4
д) Верно 1,3,4,5

70. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:
а) Абсцессов
б) флегмон
в) флеботромбозов
г) Лимфаденитов
д) Эндартериита

71.Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:
а) В необходимости профилактики лимфостаза
б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
в) В ускорении кровотока по глубоким венам
г) В профилактике трофических расстройств
д) В необходимости большей концентрации кровообращения

72. Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:
а) Верно 1,3,4,5
б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 2,3,4

73. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:
а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда
б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит
в) Предотвратить сердечную недостаточность
г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
д) Обратить в норму симптом Тинеля

74. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:
а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия
б) Сафенэктомия по комбинированной методике
в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную
г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок
д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.

75. Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:
а) Кровохарканье
б) Боли в грудной клетке
в) Одышка
г) Кашель с мокротой
д) Шум трения плевры

76. При ранении воротной вены выполняется:
а) Перевязка воротной вены
б) Создание соустья с селезеночной веной
в) Наложение сосудистого шва
г) Операция Экка
д) Резекция воротной вены

77. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:
а) При остром деструктивном холецистите
б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
д) Тампон не ставят

78. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:
а) Сроком с момента прободения
б) Степенью вопалительных изменений брюшины
в) Величиной перфоративного отверстия
г) Локализацией перфоративного отверстия
д) Возрастом больного

79. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
а) Анализ кала на скрытую кровь

б) Контрастную рентгеноскопию желудка
в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь
г) Фиброгастроскопию
д) Определение гемоглобина и гематокрита

80. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

Ситационные задачи

Задача № 1.

Женщина в возрасте 53 лет поступила с жалобами на боли в эпи-гастрии и правом подреберье, потемнение мочи, кожный зуд, жел-тушность склер, «белый» кал. За последние 4 мес приступ четвер-тый. В анамнезе- медработник, донор крови. При объективном ис-следовании выявляются небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках спине, груди. Лимфатические узлы не изменены. Ау-скультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги . Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Перифериче-ские отеки отсутствуют. Данные лабораторного обследования боль-ной: общий белок-85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 10, гемоглобин 121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128.Абдоминальная ультрасонография .Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Подже-лудочная железа и почки в норме. Сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, варикоз-ное расширение вен.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

Задача № 2.

Больной в возрасте 56 лет жалуется на потерю массы тела (14,5 кг за 8 мес), кашицеобразный стул. На момент осмотра болей в животе нет, но из анамнеза известно, что два месяца назад больной отмечал боли в животе, иррадиирующие в спину. Такие боли продолжительностью примерно 7 дней последние 5 лет бывали у него регулярно 2 раза в год. Стул обычно кашицеобразный, иногда жирный. В период болей лихорадки и озноба не было. Аппетит хороший. Несколько лет назад у него было ди-агностировано нарушение толерантности к глюкозе. Аллергологический анамнез спокойный. Лекарств постоянно не принимает. Обычно он вы-пивает стакан вина ежедневно.

Больной несколько гипотрофичен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Обследование сердца и легких изменений не выявило. При пальпации живот мягкий ,не вздут. Печень слегка увеличена, край гладкий. Селезенка не пальпируется. Ректальное исследование без патологии. Тест на скрытую кровь отрицательный.

Данные лабораторных исследований. Глюкоза крови 6,2 ммоль/л, АсАт - 80 МЕ/л, АлАТ - 200 МЕ/л, билирубин в норме, амилаза сыворот-ки крови 42 мг/кр/ч., альбумин 30 г/л, гемоглобин - 130 г/л.

При УЗИ печени выявлено, что эхогенность диффузно изменена. Поджелудочная железа с уплотненной структурой.

Характер изменения протоков при эндоскопической ретроградной хо-лангиопанкреатографии - чередование расширений и сужений протоков (симптом «бус»)

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3 Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

Задача № 3.

Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за вре-мя болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре ик-теричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увели-чена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88мкмоль/л , билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин непрямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутрипеченочный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пони-женной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

Задача № 4.

Больная К., 42 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, многократную рвоту, потемнение мочи. Приступ начался остро после приема жир-ной пищи. Ранее беспокоили тяжесть в правом подреберье, горечь во рту. При объект.исслед. выявляются небольшая иктеричность склер. Язык сухой. Л/узлы не изменены. Аускультативная картина легких без пат. измен. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги. Живот бо-лезненный в эпигастрии и правом подреберье. Определяется напря-жение передней брюшной стенки в эпигастрии. При ректальном ис-следовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутст-вуют.Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 56 мкмоль/л , билирубин прямой 32 мкмоль/л, билирубин непрямой - 24 мкмоль/л, протромбиновый индекс 98 %, диастаза мочи 1028 ЕД.При УЗИ печень в размерах не увеличена, желчный пузырь 112х45 мм, содержит мелкие конкременты. Холедох 9мм. Головка поджелудоч-ной железы 35 мм, отечна, контуры смазаны. В проекции сальнико-вой сумки опред. своб-я жидкость. При обзорной рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости определяются мелкие дисковидные ателектазы нижней доли левого легкого, парез кишеч-ника во всех отделах.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.

3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

Задача № 5.

Больной Г., 35 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастрии, интенсивные, сопровождаются тошнотой в течение последних двух мес. Боли возникают через 20-40 мин после еды. Из-за выраженного болевого синдрома имеется боязнь приема пищи, больной за последние 2 мес похудел на 18 кг. Злоупотребляет алкоголем. При объек-тивном исследовании : пониженного питания,язык сухой. Лимфати-ческие узлы не изменены. Аускультативная картина легких без пато-логических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реберной дуги на 3 см . Живот болезненный в эпигастрии. Определяется напряжение пе-редней брюшной стенки в эпигастрии. Перистальтические шумы обычные. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют.При УЗИ печень уплотнена, несколько увеличена в размере, в проекции головки поджелудочной железы определяется жидкостное полостное образование диаметром до 5 см, при исследовании в динамике размеры образования изменя-ются. Желчевыводящие пути без патологии. При РХПГ контрастиро-ван нерасширенный Вирсунгов проток , киста головки поджелудоч-ной железы 5 см в диаметре. При фиброгастродуоденоскопии явления гастродуоденита. Диастаза мочи на высоте приступа 256 ЕД.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
5. Необходимый объем консервативной терапии.
6. Оперативное лечение.

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Тестовые задания

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

а) Центральный рак легкого
б) Доброкачественную опухоль (центральную)
в) Пневмонию
г) Пневмоторакс
д) Инородное тело

2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

а) о холедохолитиазе
б) о сальмонеллезе желчного пузыря
в) о внутренней желчной фистуле
г) о желудочно-толстокишечной фистуле
д) о холецистите

3. Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:

а) тромбоз селезеночной или воротной вены
б) опухолевые поражения печени
в) цирроз печени

г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
д) синдром Бадд-Хиари

4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:
а) лапароскопии
б) пневмомедиастинографии
в) ангиографии печени
г) рентгеноскопии пищевода и желудка
д) динамической гепатобилиосцинтиографии

5. Для распознания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 1, 2, 3, 5
д) Верно 1, 2, 4, 5

6. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:
а) Верно 1, 2, 3, 4
б) Верно 2, 3, 4, 5
в) Верно 1, 3, 4, 5
г) Верно 2, 3, 4
д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:
а) Острый панкреатит
б) Механическая желтуха
в) Хронический панкреатит
г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:
а) Пероральная холецистография
б) Внутривенная холецистохолангиография
в) Ретроградная холангиография
г) Сцинтиграфия печени
д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:
а) С томографии легких
б) С прицельной рентгенографии
в) С бронхографии
г) С суперэкспонированной рентгенографии
д) С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

а) Пневмомедиастиноскопия
б) Бронхография
в) Бронхоскопия
г) Пневмомедиастинотография
д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:
а) Для постхолецистэктомического синдрома
б) Для острого панкреатита
в) Для хронического панкреатита
г) Для печеночной недостаточности
д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:
а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
б) Полную обтурацию просвета кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм
д) Наличие чаш Клойбера

13. Барьевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет
а) Наличие чаш Клойбера
б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
в) Нишеподобные выпячивания
г) Сегментарный спазм
д) Полную обтурацию просвета кишки

14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка
а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
г) Не требуется специальной подготовки
д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования

15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:
а) Реовазография
б) Проба Дельбе-Пертеса
в) Флебография
г) Ультразвуковая доплерография
д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы

16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:
а) ФГДС
б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
в) Пероральная холецистография
г) Внутривенная холеграфия
д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью

17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:

а) Ph артериальной крови и СО-2
б) Гемоглобин и гематокрит
в) ЦВД
г) Насыщенность крови кислородом
д) Количество эритроцитов в периферической крови

18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
в) ФГДС
г) УЗИ брюшной полости
д) Лапароскопию

19. При подозрение на кровоечение из язвы желудка следует произвести:

а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

а) Рака толстой кишки
б) Рака поджелудочной железы
в) Рака печени
г) Рака печени и поджелудочной железы
д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 7.

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образовании, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла – элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?

2. Какие методы дополнительной инстументальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Задача № 8.

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

Задача № 9.

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренней лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре – перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

Задача № 10.

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидно-клеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

Задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшей на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При ос-мотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5х1,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?

3. Тактика лечения больной?

Задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4,6\times10^{12}$/л, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4\times10^{9}$/л, формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1.Ваш диагноз?

2. Каким образом можно его подтвердить?

3. Как можно помочь больной?

Задача № 13.

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области паль-пируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $4,8\times10^{12}$/л; НЬ –156 г/л; Лейкоциты - $8,4\times10^{9}$/л; СОЭ - 2 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12х10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

4. Как вы закончите операцию?

Задача № 14.

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигаст-рии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты $2,1\times10^{12}$/л, НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?

2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

Задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпи-гастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супра-стенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для под-тверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
4. Ваша тактика в лечении больной?

Задача № 16.

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

Задача № 17.

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически – высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

Задача № 18.

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз

кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

Задача № 19.

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
2. Какую операцию следует выполнить?

Задача 20.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3{,}6\times10^{12}$/л, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7{,}4\times10^{9}$/л., формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Задача № 21.

У больной В., 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. При осмотре: Состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 92 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Местно: молочные железы имеют грубо дольчатое строение, в верхненаружных квадрантах желез мелкая зернистость, болезненная при пальпации («дробинчатая грудь»), Аксиллярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

1. Какой может быть поставлен диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?
3. Как лечить больную?

Задача № 22.

У больной Ж, 51 года, 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причи-няло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование несколько увеличилось в размерах. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость.

При пальпации в левой доле щитовидной железы опухолевидное образование 4 см в диаметре, поверхность неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены до 3 см, плотные.

1. Какой вы поставите диагноз?
2. Как можно подтвердить диагноз и какие методы исследования применить для уточнения стадии заболевания?
3. Как будете лечить больную?

Задача № 23.

Больная Б., 61 года, 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет. Беременностей - 4, родов - 2, абортов- 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°С. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла – элементы лимфоидной ткани.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. План лечения больной?

Задача № 24.

Больная К., 51 года, предъявляет жалобы на опухоль в левой молочной железе, наличие язвы на коже левой молочной железы с неприятным запахом. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная обнаружила 2 года назад, за помощью не обращалась. Менопауза 1 год. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,3°С. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача № 25.

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по

локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

1. Назовите вероятный диагноз повреждения.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Сроки начала активных движений в плечевом суставе?
4. Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
5. Способ иммобилизации данного повреждения?
6. Назовите классификацию переломов плечевой кости.
7. Укажите возможные осложнения при переломах плечевой кости.
8. Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости.
9. Назовите классификацию и тактику лечения вывихов плеча в зависимости от давности травмы.

Задача № 26.

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.
5. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении?
6. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
7. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

Задача № 27.

Больной П., 40 лет, упал на ноги с высоты 3-х метров. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, отведена и ротирована кнаружи. Под пупартовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация повреждений области тазобедренного сустава.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Возможные осложнения этого повреждения?
5. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
6. Способы и сроки иммобилизации при данном повре-ждении.
7. Какие еще повреждения могут быть при подобном механизме травмы?

Задача № 28.

Больной А., 30 лет, сбит автомашиной. Доставлен ССМП без транспортной иммобилизации. Состояние тяжелое. Бледен. АД - 80/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Нога резко деформирована в верхней трети, определяется варусное искривление бедра. Здесь же по наружной поверхности бедра рана с рваными краями размерами 4×5 см, кровоточит. Пульс на артериях стопы сохранен, движения в пальцах стопы сохранены.

1. Назовите диагноз повреждения согласно классификации А.В. Каплана и О.Н.

Марковой.

2. Классификация повреждений бедренной кости.
3. Назовите ошибки бригады скорой помощи.
4. Назовите возможные поздние осложнения этого повреждения.
5. Перечислите лечебные мероприятия в должной последовательности.

Задача № 29.

Больной С., 20 лет, спускаясь на лыжах с горы, неожиданно увидел на своем пути большой камень. Резко повернул на лыжах влево и почувствовал сильную боль в правом коленном суставе. Коленный сустав стал быстро увеличиваться в объеме. При поступлении в больницу выявлено, что коленный сустав согнут под углом 20-30 градусов, при попытке активного сгибания голени боли резко усиливаются, активные движения в коленном суставе невозможны из-за болей.

1. Сформулируйте диагноз повреждения.
2. Какие возможные повреждения коленного сустава при этом могут выявиться?
3. Классификация повреждений коленного сустава.
4. Перечислите лечебные мероприятия.
5. Клиника застарелых повреждений менисков.
6. Оперативное лечение при повреждениях связочного аппарата коленного сустава.

Задача № 30.

Больной М., 16 лет, при нырянии на мелком месте ударился головой о твердое дно реки. Извлечен из воды товарищами. Больной жалуется на потерю чувствительности и отсутствие движений в руках и ногах, а также на затрудненное дыхание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Положение больного при транспортировке в лечебное учреждение.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
5. Классификация повреждений позвоночника.
6. Показания и виды оперативного лечения при переломах позвоночника.

Задача № 31.

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы.
4. Классификация переломов таза.
5. Осложнения при переломах таза.
6. Проблемы и осложнения консервативных методов лечения переломов таза.
7. Современные методы оперативного лечения переломов таза.
8. Назовите этапы и необходимую помощь этому пострадавшему на каждом из них, если бы он находился в действующей армии.

Задача № 32.

Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении.
5. Назовите классификацию повреждений данной области.
6. Показания и способы хирургического лечения переломов костей голени, образующих голеностопный сустав и костей стопы.
7. Перечислите возможные осложнения переломов костей голени, стопы, отметьте пути их профилактики и методы лечения.

Задача № 33.

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра - выявлены клинические признаки заболевания и рентгенологические симптомы.

1. Каковы ранние клинические признаки врожденного вывиха бедра?
2. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра после 1 года.
3. Назовите основные причины возникновения врожденного вывиха бедра.
4. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра.
5. Дополнительные методы обследования применяемые для диагностики врожденного вывиха бедра.
6. Показания и способы консервативного лечения.
7. Показания и способы хирургического лечения.

Задача № 34.

Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание - 700, разгибание - 00, отведение - 150, приведение - 150, наружная ротация - 00, внутренняя - 00.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Классификация дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (ДДЗС).
5. Этиология и патогенез ДДЗС.
6. Консервативное лечение ДДЗС.
7. Оперативное лечение ДДЗС.
8. Современные методы диагностики и лечения ДДЗС на ранних и поздних стадиях.

Задача № 35.

Больной М., 26 лет, обратился с жалобами на боли в спине и пояснице, боли в области сердца, возникающие при подъеме тяжестей, вынужденном положении, длительном стоянии. Объективно: у больного имеется опущение угла правой лопатки и надплечья на 1,5 см. При наклоне определяется выбухание грудной клет-ки слева. Имеется асимметрия расположения сосков на 1 см. В нижнегрудном и поясничном отделе выражен дефанс паравертебральных мышц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите виды нарушения осанки.
5. Дайте определение сколиоза.
6. Клинические проявления остеохондроза позвоночника в зависимости от локализации.
7. Осложнения остеохондроза.

8. Консервативное лечение остеохондроза.
9. Показания к оперативному лечению.

Задача № 36.

Сержант О., 29 лет, шофер автороты. Получил слепое ранение в правую ягодицу осколком авиабомбы. На большую и кровоточащую рану была наложена давящая повязка из трех индивидуальных пакетов. Попутной машиной раненый с места травмы был доставлен в ОМО через 1,5 часа после ранения.

При поступлении состояние довольно тяжелое. Лежит на животе. Бледен. Пульс 114 в 1 мин. АД 95/40. На правой ягодице повязка, значительно промокшая кровью. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

1. Правильно ли было остановлено кровотечение пострадавшему? Обоснуйте ответ.
2. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку на МПП?
3. Объем помощи на МПП.
4. В какое подразделение ОМО Вы направите раненого и в какую очередь?
5. Показано ли пострадавшему переливание крови в условиях ОМО?
6. Следует ли провести раненому в ОМО ПХО раны или ее следует отложить до ГБФ, почему?
7. Наложите ли Вы первичные швы на рану после ее ПХО, обоснуйте ответ?
8. Классификация кровотечений.
9. Перечислите методы определения кровопотери.

Задача № 37.

Рядовой П., 22 лет, поступил на МПП через 5 часов после травмы. Во время авиабомбардировки упал с высоты 4-х метров. Ударился затылком о камни, терял сознание, на какой срок не знает. В МПП доставлен сидя. В сознании, но заторможен. При поступлении была рвота. На вопросы отвечает не сразу и односложно, жалобы на сильную головную боль, особенно при взгляде на свет. Пульс 48 в 1 минуту, анизокория: D>S. Левросторонний гемипарез. В правой теменной области припухлость, но повреждения костей не определяется.

1. Каков должен быть объем доврачебной помощи пострадавшему?
2. В каком положении нужно было доставить пострадавшего на МПП?
3. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку пострадавшего?
4. Чем объясните брадикардию?
5. Объем помощи пострадавшему на МПП?
6. Объем помощи на следующих этапах?
7. Классификация ЧМТ.
8. Клинические проявления ушиба головного мозга.

Задача № 38.

Рядовой Н., 30 лет, во время взрыва был придавлен упавшим деревом. Тяжелым стволом были придавлены ноги пострадавшего. После помощи, оказанной пострадавшему на МПП, он был эвакуирован в урологическое отделение торакоабдоминального госпиталя. В этом госпитале на 3-й день после травмы пострадавшему были выполнены "лампасные" разрезы с рассечением фасций на двух бедрах и на левой голени. На 9-й день после травмы состояние пострадавшего тяжелое. Бессонница, тошнота. Пострадавший бледен, изо рта аммиачный запах. Температура 38,6ºС. Пульс 110 ударов в минуту. АД - 180/95. За последние сутки выделил 150 мл мутной, с коричневым оттенком мочи. В моче большое количество белка, эритроциты, почечный эпителий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой период патологического процесса имеется у пострадавшего?

3. В чем должна заключаться первая медицинская помощь?
4. Объем помощи на МПП?
5. Как можно охарактеризовать изменения со стороны почек?
6. Каковы показания, цели и методы хирургического лечения у данной категории больных?
7. Цели и методы консервативного лечения (в том числе и экстракорпоральной детоксикации) в зависимости о стадии течения?
8. Назовите возможные исходы и осложнения данного патологического процесса?

Задача № 39.

Сержант Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь наложили жгут в средней трети плеча, использовав для этого кусок шпагата. Попутной машиной раненый был доставлен на МПП. При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. Раненая рука подвешена на поясном ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.

1. Правильно ли был выбран материал для импровизированного жгута?
2. Какие предметы, имеющиеся на самом раненом, могли бы служить материалом для такого жгута?
3. Какие дефекты были допущены при наложении жгута?
4. Как Вы поступите с раненым при осмотре его в сортировочном отделении МПП?
5. Как Вы будете действовать, если при снятии жгута из раны возникло струйное кровотечение алой кровью?
6. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего?
7. Способы временной и окончательной остановки кровотечения?
8. Этапы первичной хирургической обработки ран?
9. Показания к наложению на рану первичных швов?
10. В каких случаях на рану накладываются первичноотсроченные и вторичные швы?

Задача № 40.

Ст. Лейтенант Б., 30 лет, получил ожоги при пожаре на аэродроме. При поступлении через 3 часа в ОМО в первичной медицинской карточке, заполненной в МПП стоит диагноз: Ожоги пламенем лица, правой руки, туловища площадью 20% (из них III-IV - 16%). При поступлении в ОМО состояние тяжелое, несколько возбужден. Жалуется на боли в области ожогов, одышку и сильную жажду. Вздрагивает от приступов озноба. Першение в горле, сухой кашель. Кожа лица отечна и гиперемирована. На щеках, подбородке и ушных раковинах пузыри, веки раскрываются с трудом, выражена гиперемия склер. На туловище спереди, на правой руке и левой кисти повязки, закрывающие ожоговую поверхность. Ожог лица густо смазан синтомициновой эмульсией и прикрыт марлей. Пульс 100 в 1 минуту, АД - 150/75. После травмы не мочился.

1. Какие уточнения диагноза, написанного в мед. карточке необходимо сделать?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи этому пострадавшему?
3. Каков должен быть объем помощи на МПП, в т.ч. при ожоге глаз?
4. Куда и в какую очередь нужно направить раненого из МПП?
5. Дайте классификацию ожогов?
6. Определение ожоговой болезни и ее периоды?

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

81. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

82. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

а) Инсулемы поджелудочной железы
б) Синдрома приводящей петли
в) Пептической язвы анастомоза
г) Демпинг-синдрома
д) Синдрома малого желудка

83. Секретин образуется:

а) В двенадцатиперстной кишке
б) В печени
в) Вподжелудочной железе
г) В дистальных отделах тонкой кишки
д) В гипоталамусе

84. Основным стимулятором освобождения секретина является:

а) Соляная кислота
б) Продукты расщепления белков
в) Жиры
г) Углеводы
д) Все перечисленные факторы

85. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

86. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

87. Резекция на выключение может быть выполнена:
а) При низкой постбульбарной язве
б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
в) При плотном воспалительном инфильтрате в облати двенадцатиперстной кишки
г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
д) При пенетрации язвы в печень

88. Одним из ранних острого расширения желудка после операции является:
а) Икота
б) Отсутствие кишечных шумов
в) Вздутие в области эпигастрия
г) Тахикардия
д) Рвота

89. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:
а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
б) Лапароцентезом
в) Назогастральной интубацией
г) Перкуссиейбрюшной стенки
д) Исследованием плазмы крови на серотонин

90. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:
а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
б) Поздней обращаемостью
в) Возможностью психозов
г) Возможностью суицидальных попыток
д) Всем перечисленным

91. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
а) Рвота
б) желудочное кровотечение
в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
г) Частый жидкий стул
д) Икота

92. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
а) Язвы луковици двенадцатиперстной кишки
б) Постбульбарные язвы
в) Язвы малой кривизны желудка
г) Язвы большой кривизны желудка
д) Язвы всех указанных локализаций

93. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5

г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

94. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:
а) Доскообразный живот
б) Сильные боли в эпишастрии
в) Боли в поясничной области
г) Повышение лейкоцитоза до 15000
д) Легкая желтуха склер и кожных покровов

95. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:
а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
б) Рефлекторными связями через спиномозговые нервы
в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
г) Развивающимся разлитым перитонитом
д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

96. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:
а) Остановившееся желудочное кровотечение
б) Перфоративная язва
в) Пенетрирующая язва
г) Стеноз выходного отдела желудка
д) Малигнизированная язва

97. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:
а) Демпинг-синдрома
б) Гипогликемического синдрома
в) Синдрома "малого желудка"
г) Пептической язвы анастомоза
д) Синдрома приводящей петли

98. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

99. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натощак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,4,5

100. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

а) Двенадцатиперстная кишка
б) Пилорический отдел желудка
в) Малая кривизна желудка
г) Большая кривизна желудка
д) Кардиальный отдел желудка

101. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков

102. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:

а) Гипопротеинемия
б) Гипотензия во время операции
в) Аксиальный поворот тонкой кишки
г) Дуоденостаз
д) Послеоперационный панкреатит

103. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:

а) Тахикардия
б) Схваткообразная боль
в) Локализованная, умеренная боль
г) Внезапно возникшая интенсивная боль
д) Жидкий стул

104. Прикрытию перфорации явзы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

а) Малый диаметр прободного отверстия
б) Незначительное наполнение желудка
в) Топографическая близость соседних органов
г) Большой диаметр прободного отверстия
д) Хорошо развитый большой сальник

105. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

а) При калезной язве
б) При пенетрирующей язве
в) При поверхностных эрозиях слизистой
г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
д) При рубцующейся язве

106. Рак желудка всегда метастазирует:

а) В легкие
б) В печень
в) В регионарные лимоузлы

г) В кости
д) По брюшине

107. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4. Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пищи

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

108. Рак желудка наиболее часто локализуется:

а) В кардиальном отделе желудка
б) По большой кривизне
в) По малой кривизне
г) В антральном отделе желудка
д) В дне желудка

109. К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастазы Крукенберга 3. Метастазы Вирхова 4. Метастазы Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

110. Операция гастростомии показана:

а) При неоперабельном раке тела желудка
б) При неоперабельном раке антрального отдела желудка
в) При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
г) При всех перечисленных случаях
д) Ни в одном из перечисленных случаев

111. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

а) Вначале рассечь ущемленное кольцо
б) Вначале рассечь грыжевой мешок
в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
д) Сделать лапаротомию

112. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

113. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
в) Поставить очистительную клизму
г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
д) Назначить теплю ванну

114. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятноу больного:

а) Грыжа запирательного отверстия
б) Прямая паховая грыжа
в) Бедренная грыжа
г) Косая паховая грыжа
д) Скользящая грыжа

115. Невправимость грыжи зависит:

а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
б) От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
в) От сужения грыжевых ворот
г) От выхождения в нее мочевого пузыря
д) От выхождения в нее слепой кишки

116. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

а) Бассини и Постемпского
б) Мартынова
в) Жирара-Спасокукоцкого
г) Руджи-Парлавеччио
д) Ру

117. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

а) 5-10 см
б) 15-20 см
в) 25-30 см
г) 35-40 см
д) 45-50 см

118. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

а) Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
б) Выполнение срочной операции
в) Наблюдение
г) Консервативное лечение
д) Вправление грыжи

119. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

а) К трансиллюминации и пальпации
б) К пункции
в) К перкуссии

г) К аускультации
д) К пальцевому исследованию прямой кишки

120. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:
а) Впереди круглой связки
б) Медиальнее бедренных сосудов
в) Латеральнее бедренных сосудов
г) Позади бедренных сосудов
д) Медиальнее купферовской связки

121. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:
а) Рихтерской
б) Косой паховой
в) Скользящей
г) Прямой паховой
д) Пупочной

122. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

123. Для грыж пищеводного отверстиядиафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия
а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 2,3,4,5

124. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

125. Для скользящей паховой грыжи с выхождением мочевого пузыря характерно:
а) Наличие болей в надлобковой области
б) Наличие грыжевого выпячивания в паховой области
в) Учащенное мочеиспускание и прерывистость
г) Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
д) Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

126. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

а) Со слизистого слоя
б) С подслизистого слоя
в) С мышечного слоя
г) С субсерозного слоя
д) С серозного слоя

127. К грыжам требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:

а) Бедренные
б) Косые паховые
в) Пупочные
г) Грыжи белой линии живота
д) Прямые паховые

128. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

а) В приводящей петле
б) В оводящей петле
в) В приводящей и отводящей петле в равной степени
г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки
д) На всем протяжении

129. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать: 1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Проростание опухоли в головку поджелудочной железы

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

130. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

131. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

132. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите,

способствует:

а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости

б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

г) Улучшению кровоснабжения железы

д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

133. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

г) Купируют процессы кининообразования

д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

134. При выведении больного из панкреатогенного шока должы осуществлятся все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сокартительной функции миокарда

а) Верно 1,2,3,4

б) Верно 1,2,3,4,5

в) Верно 1,2,4,5

г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,3,4,5

135. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

а) Верно 1,2,4,5

б) Верно 1,2,3,4,5

в) Верно 2,3,4,5

г) Верно 1,3,4,5

д) Верно 1,2,3,4

136. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:

а) В артериальной крови

б) В венозной крови

в) В экссудате брюшной полости

г) В лимфе

д) В моче

137. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

а) Беременность

б) Хронический холецистит

в) Алкоголизм

г) Травма живота

д) Применение кортикостероидов

138. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

а) 16 единиц
б) 32 единицы
в) 64 единицы
г) 128 единиц
д) 256 единиц

138. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмотоз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 2,3,4,5

139. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:

а) Купирование болевого синдрома
б) Снятие спазма сфинктера Одди
в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

140. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

а) Травма живота
б) Применение кортикостероидов
в) Алкоголизм
г) Хронический холецистит
д) Цирроз печени

141. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

142. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает: 1. вскрытие и дренирование гнойных затеков 2. активную аспирацию из раны 3. Срочную радикальную опреацию 4. Интенсивную терапию 5. Отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

а) Правильно 1,2,3 и 4
б) Правильно 2,3,4 и 5
в) Правильно 1,3,4 и 5
г) Правильно 1,2,4 и 5
д) Правильно 1,2,3 и 5

143. Убольных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

а) Эвентрация
б) Образование кишечных свищей
в) Тромбоэмболия легочной артерии
г) Формирования гнойников брюшной полости
д) Пневмония

144. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

а) Хирургическое вмешательство
б) Дезинтоксикационная терапия
в) Рациональная антибиотикотерапия
г) Борьба с парезом кишечника
д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

145. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

146. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

147. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

а) Стафилококка
б) Протея
в) Кишечной палочки
г) Смешанной флоры
д) Анаэробной флоры

148. Непосредственной причиной повреждения магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

149. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

150. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,4

151. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,4,5
д) Верно 1,2,3,5

152. У больного холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки простока 5. Рак желчного пузыря

а) Верно 1,2,3,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

153. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

а) Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
б) Наложить холедоходуоденоанастомоз
в) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
г) Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
д) Наложить холедохоэнтероанастомоз

154. Рациональным лечением желчнокаменной болезни является:

а) Диетическое
б) Медикаментозное
в) Хирургическое лечение

г) Санаторно-курортное
д) Лечение минеральными водами

155. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
а) Камнем пузырного протока
б) Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
в) Вклиненным камнем большого дуоденального соска
г) Вентильным камнем холедоха
д) Опухолью внепеченочных желчных протоков

156. К наиболее частыми причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

157. Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:
а) Произвести холецистэктомию
б) Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
г) Наложить холецистостому
д) Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

158. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:
а) Диетотерапия, применение спазмолитиков
б) Санаторно-курортное лечение
в) Плановое хирургическое лечение
г) Лечение сахарного диабета и стенокардии
д) Хирургическое лечение только по витальным показаниям

159. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудчной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока
а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

160. Распознаванию механической желтухи более всего способствует:
а) Пероральная холецистография
б) Внутривенная холецистохолангиография
в) Ретроградная (восходящая) холангиография
г) Сцинтиграфия печени
д) Прямая спленопортография

161. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

а) С желчно-каменной болезнью

б) Со стенозирующим папиллитом

в) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз

г) С псевдотуморозным панкреатитом

д) С опухолью головки поджелудочной железы

162. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимоть, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

а) Слепой кишкой

б) Малой кривизной желудка

в) Двенадцатиперстной кишкой

г) Тощейкишкой

д) Ободочной кишкой

163. Желчные камни чаще всего состоят:

а) Из холестерина

б) Из цистина

в) Из оксалатов

г) Из солей желчных кислот

д) Из мочевой кислоты

164. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

а) С острым холециститом

б) С желчно-каменной болезнью

в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта

г) С раком желчного пузыря

д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

165. Путями проникновения инфекции в ткань печени является: 1. Воротная вена 2. Печеночная артерия 3. Нижняя полая вена 4. Желчные протоки 5. Лимфатические сосуды

а) Верно 1,2,3,4

б) Верно 1,2,3,4,5

в) Верно 1,2,4,5

г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,3,4,5

166. По воротной вене инфекция попадает в печень:

а) Из воспалительных очагов органов брюшной полости

б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов

в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

г) Из желчных протоков при гнойном холангите

д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

167. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:

а) При остром деструктивном холецистите

б) При заползании аскарид во внутрипеченочные желчные протоки

в) При нагноении вокруг инородного тела печени

г) При нагноении паразитарной кисты печени

д) При тяжелом гнойном холангите

168. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:

а) Резекция доли или сегмента печени
б) Наложение билиодигестивного соустья
в) Вкскрытие и дренирование абсцесса
г) Трансплантация печени
д) Гемигепатэктомия

169. 1315 Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает:

а) С учащением случаев амебной дизентерии
б) С учащением случаев инфекционного гепатита
в) С учащением случаев описторхоза
г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
д) С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

170. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии: 1. Множественными подкапсульными расположениями 2. Крупными размерами 3. Отсутствием истинной пиогенной оболочки 4. Содержимым коричневатого цвета 5. Выпадением и гнойного осадка, напоминающего "кофейную гущу"

а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,2,3,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,3,4,5

171. Специфическим антиамебным средством являются:

а) Антибиотики аминогликозидного ряда
б) Метронидазол
в) Эметин, хлорохин, дифосфат
г) Хинин
д) Антибиотики цефалоспоринового ряда

172. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:

а) С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
б) С лапаратомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
в) С резекцией пораженной доли печени
г) С гемигепатэктомией
д) Применение антибиотиков широкого спектра действия

173. Для поздней стадии цирроза печени характерно: 1. Спленомегалия 2. Варикозное расширение вен пищевода 3. Варикозное расширение вен передней брюшной стенки 4. Асцит 5. Острое расширение желудка

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

174. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия: 1. Спленомегалии 2. Высокого портального давления 3. Лейкопении, трмбоцитопении 4. Кровоточивости слизистой оболочки 5. Кровотечения из

варикозно расширенных вен пищевода и кардии

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

175. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит

а) Верно 1,2,4,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

176. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

а) На 6-10 часов
б) На 12-18 часов
в) На 1-8 суток
г) На 9-12 суток
д) На 13-15 суток

177. Основными показаниями для наложения портокавального анастомоза является:

а) Цирроз печени
б) Асцит
в) Кровотечение из вен пищевода
г) Портальная энцефалопатия
д) Рецидивирующая желтуха

178. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

а) Интермитирующая лихорадка
б) Общая слабость
в) Спленомегалия
г) Кровоточивость слизистой оболочки носа
д) Маточные кровотечения

179. Синдром Бадда-Хиари наблюдается чаще всего в возрасте:

а) От 5 до 10 лет
б) От 12 до 15 лет
в) От 20 до 40 лет
г) От 45 до 50 лет
д) От 55 до 60 лет

180. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

а) Верно 1,2,3,4

б) Верно 1,2,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

181. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоение кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

182. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

183. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентериальных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,3,4,5

184. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преоладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке всвязи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна
а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5
г) Верно 2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4,5

185. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной непроходимости, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течении 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки
а) Верно 1,2,4
б) Верно 1,3,4

в) Верно 2,3,4
г) Верно 1,2,3
д) Верно 2,3

186. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами
а) Верно 2,3,4,5
б) Верно 1,2,3,4
в) Верно 1,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,4,5

187. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

188. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:
а) При спаечной кишечной непроходимости
б) При обтурационной кишечной непроходимости
в) При странгуляционной кишечной непроходимости
г) При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
д) При спастической форме динамической кишечной непроходимости

189. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:
а) С хирургического вмешательства
б) С инфузионной терапии
в) С введения назогастрального зонда
г) С антибиотикотерапии
д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия

190. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:
а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
б) Рецидив кисты
в) Послеоперационное кровотечение
г) Инфекция
д) Злокачественное перерождение

191. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:
а) Медикаментозное лечение
б) Марсупилинизация

в) Резекция тела поджелудочной железы
г) Лучевая терапия
д) Иссечение кисты

192. В лечении кист поджелудочной железы нередко нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:
а) Цистогастростомия
б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
в) Цистоеюностомия на отключенной петле
г) Цистостомия
д) Цистодуоденостомия

193. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией
а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,2,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

194. У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли
а) Верно 1,3,4,5
б) Верно 2,3,4,5
в) Верно 1,2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4

195. При остром расширении желудка если не принять неотложных мер, наиболее вероятным исходом будет:
а) Болевой шок
б) Разрыв желудка
в) Перитонит
г) Некроз слизистой оболочки желудка
д) Легочная недостаточность

196. Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:
а) Малая кривизна желудка
б) Гастроэнтероанастомоз
в) Оставленная язва в культе желудка
г) Эрозивный гастрит
д) Дуоденальная культя

197. При лимфоме желудка необходимо:
а) Произвести резекцию желудка
б) Произвести резекцию желудка и ваготомию
в) Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию
г) Назначить химиотерапию

д) Назначить лучевую терапию

198. Бедренная грыжа характеризуется: 1. Небольшими размерами 2. Частым ущемлением 3. Опусканием в мошонку 4. Расположением ниже пупартовой связки 5. Выхождением через паховый канал

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

199. При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:

а) Срочное оперативное вмешательство
б) Теплая ванна с целью возможного спонтанного вправления
в) Введение спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

200. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыжи являются:

а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
б) Применение общей теплой ванны
в) Вправление грыжи
г) Проведение срочного оперативного лечения
д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

201. При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:

а) 5-10 см
б) 15-20 см
в) 25-30 см
г) 40-50 см
д) 60-70 см

202. Во время операции по поводу скользящей паховой грыжи могут возникнуть технические трудности, обусловленные тем, что:

а) Имелась диагностическая ошибка
б) Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка
в) Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах
г) Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции
д) Чаще наблюдается левосторонняя локализации грыжи

203. Характерным симптомом геморрагического панкреатита является: 1. Большая интенсивность боли опоясывающего характера 2. Сонливость 3. Вздутие кишечника с выраженным перистальтическим шумом, слышимым на расстоянии 4. Появление левостороннего плеврального выпота 5. Наличие свободной жидкости в брюшной полости

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 1,2,4,5

г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 2,3,4,5

204. Скорость продвижения метиленового синего по кишечнику составляет:
а) 1 см/мин
б) 5 см/мин
в) 10 см/мин
г) 25 см/мин
д) 15 см/мин

205. Оптимальным для примывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости:
а) 1-2 литров
б) 4-6 литров
в) 8-12 литров
г) 14-16 литров
д) 18-20 литров

206. Узлообразование чаще наблюдается между:
а) Прямой и тонкой кишкой
б) Нисходящей и сигмовидной кишкой
в) Сигмовидной и тонкой кишкой
г) Петлями тонкой кишки
д) Слепой и тонкой кишкой

207. Водянка желчного пузыря развивается вследствии:
а) Обтурации камнем общего желчного протока
б) Обтурации камнем общего печеночного протока
в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка
г) Обтурации камнем пузырного протока
д) Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки

208. При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является:
а) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
б) Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
в) Экстренная дуоденоскопия
г) Ангиография
д) Лапароскопия

209. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:
а) Экстренную гастродуоденоскопию
б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
в) Лапароскопию
г) Рентгеноскопию желудка
д) Ангиографию

210. Синдром Меллори-Вейса это:
а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
б) Наличие "зеркальных" язв
в) Стеноз привратника
г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка
д) Стойкий спазм кардиального сфинктера

211. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

а) Появление перитонеальных признаков
б) Исчезновение грыжевого выпячивания
в) Дизурические явления
г) Повышение температуры
д) Наличие болеого синдрома в области грыжевых ворот

212. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:

а) Инвагинация
б) Заворот
в) Узлообразование
г) Ущемленная грыжа
д) Обтурация толстой кишки опухолью

213. Кровавый понос может иметь место при: 1. Язвенном колите 2. Терминальном илеите 3. Дизентерии 4. Острой порфирии 5. Ишемии толстой кишки

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5
д) Верно 1,2,3,4,5

214. Наиболее частое место локализации карциноидной опухоли:

а) Тонкая кишка
б) Печень
в) Подвздошная кишка
г) Червеобразный отросток
д) Толстая кишка

215. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

а) Перфорация
б) Малигнизация
в) Пенетрация
г) Кровотечение
д) Переход в хроническую язву

216. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:

а) Перитонита
б) Панкреатита
в) Кишечной непроходимости
г) Анастомозита
д) Кровотечения в просвет желудка

217. Наличие у больного после резекции желудка тошноты, рвоты, вздутия живота, неотхождения газов, боле в покое и при пальпации живота свидетельствуют о: 1.Кишечной непроходимости 2.Перитоните 3.Панкреатита 4. Анастомозите 5. Мезкишечном абсцессе

а) Верно 1,2,3,4
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 1,2,3,4,5

218. Язвенная болезнь желудка осложняется: 1.Кровотечением 2.Пенетрацией 3.Перфорацией 4. Малигнизацией 5.Стенозом

а) Верно 1,2,3,5
б) Верно 1,3,4,5
в) Верно 2,3,4,5
г) Верно 1,2,3,4,5
д) Верно 1,2,3,4

219. У больного перфорация дуоденальной язвы , осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:

а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
д) стволовую ваготомию и пилоропластику

220. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение :

а) Гематокритному числу
б) Уровню гемоглобина
в) Дефициту ОЦК
г) Дефициту ГО
д) Дефициту ОЦП

221. Больной поступл в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками.Язвенный анамнез отрицает,злоупотребляет алкоголем. Ванамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
б) Язва желудка
в) Рак желудка
г) Синдром Меллори-Вейса
д) Синдром Золлингера-Элиссона

222. У больного с язвенной болезью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированым стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

а) Перфоарция язвы двенадцатиперстной кишки
б) Кровотечение
в) Гипогликемический шок
г) Нарушения электролитного обмена
д) Нарушение мозгового кровообращения

223. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложенной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показань введение:

а) Раствора глюкозы
б) Инсулина
в) Сердечных гликозидов и мезатона
г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
д) Переливание эритромассы

224. У больного после резекции желудка возникла рвота типа "кофейной гущи". Ваша тактика:

а) Повторная лапаротомия
б) Переливание эритромассы
в) Введение аминокапроновой кислоты и хлористого кальция
г) Промывание желудка
д) Промывание желудка и фиброгастросткопия

225. Клиническими проявлениями демпинг -синдрома легкой степени являются:

а) Головокружение после приема сладкой пищи
б) Потливость
в) Сердцебиение
г) Слабость
д) Анемия

226. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:

а) Резекция желудка
б) Прошивание кровтоточащего сосуда
в) клиновидное иссечение язвы желудка
г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
д) Консервативное лечение

227. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:

а) Удаление кровоточащего дивертикула
б) Левосторонняя гемиколоэктомия
в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

228. Наиболее часто встречаются дивертикулы:

а) В пищеводе
б) В желудке
в) В двенадцатиперстной кишке
г) в ободочной кишке
д) В тонкой кишке

229. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:

а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
г) Новокаиновая блокада по Школьникову
д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса

230. При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:

а) Резекция кишки
б) Клиновидное иссечение некротического участка
в) Погружени участка некроза однорядным шелковым швом
г) Погружени некротизированного участка 2-х рядным швом
д) Выведение кишки наружу

231. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:

а) Перистальтика кишечной стенки

б) Пульсация сосудов брыжейки

в) Серозная оболочка блестящая, темновишневого цвета

г) Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболчки, сохранение пулсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки

д) Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки

232. При ущемленной гигантской послеоперационной грыжи необходимо:

а) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листков грыжевого мешка

б) Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произветси пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы

в) Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить

г) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими методами

233. При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится:

а) Пункция образования

б) Сканирование изотопом галия

в) Лечение антибиотиками

г) Ирригоскопия

д) Операция

234. При рассечении Жимбернатовой связки при ущемленной бедреной грыже был поврежден сосуд, которым оказалась :

а) Бедренная вена

б) Бедренная артерия

в) Запирательная артерия

г) Нижняя брыжеечная артерия

д) Наружная подвздошная артерия

235. Ущемление противобрыжеечного края кишки наблюдается:

а) При грыже Литре

б) При грыже Рихтера

в) При комбинированной паховой грыже

г) При грыже спигелиевой линии

д) При грыже треугольника Пти

236. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается:

а) Грыже спигелиевой линии

б) Грыже треугольника Пти

в) Грыже Рихтера

г) Грыже Литре

д) Комбинированной паховой грыже

237. При ущемленной грыже первоначально производим:

а) Рассечение ущемляющего кольца

б) Рассечение грыжевого мешка

в) Лапаротомию

г) Пункцию образования
д) Введение спазмолитиков

238. У больного по дороге в больницу произошло самопроизвольное вправление ущемленной грыжи. Тактика хирурга предполагает:
а) Лапаротомию и ревизию органов брюшной полсти
б) Наблюдение за больным в условиях стационара
в) Очистительную клизму
г) Отпустить больного домой
д) Назначение антибиотиков

239. При грыжесечении по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи обнаружено, что одной из стенок рыжевого мешка является мочевой пузырь, что свидетельствует о наличии:
а) Прямой паховой грыжи
б) Косой паховой грыжи
в) Бедренная грыжа
г) Скользящей грыжи
д) Ущемленной грыжи

240. На следующий день после операции грыжесечения по поводу прямой паховой грыжи у больного появились боли при мочеиспускании, марогематурия. Это обусловленно:
а) Ранением мочевого пузыря
б) острым циститом
в) Почечной коликой
г) Простатитом
д) Обострением хронического пиелонефрита

241. Выкраивание лоскута для аутодермальной пластики при послеоперационных грыжах производится:
а) В близи операционного рубца
б) На животе
в) На бедре
г) На спине
д) В ягодичных областях

242. Во время операции по поводу острого холецистита обнаружен выпот с примесью желчи, желчное пропитывание гепатодуоденальной связки и шейки жечного пузыря, причина этих изменений:
а) Деструктивный холецистит
б) Ферментаривный холецистит
в) Деструктивный панкреатит
г) Перфорация пилородуоденальной язвы
д) Гнойный холангит

243. Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой показано при:
а) Гангренозном холецистите
б) Перевезикалном асбцессе
в) Синдроме Мириззи
г) Плотном паравезикальном инфильтрате
д) Атипичном расположении желчных протоков

244. При остом расширении желудка в послеоперацонном периоде больному следует:

а) Ввести спазмолитики

б) Установить постоянную аспирацию желудочного содержимого с коррекцией водно-электролитного состава

в) 2 раза в сутки осуществлять эвакуацию желудочного содержимого

г) Наложить гастроэнтероанастомоз по Вольфлеру

д) Произвести стволовую ваготомию с пилоропластикой

245. При завороте желудка необходимо произветси:

а) Резекцию желудка

б) Разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине

в) Разворачивание заворота и назогастральное дренирование

г) Разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию

д) Будете лечить больного консервативно

246. У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папуллообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0.3 см . Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:

а) эрозивный гастрит

б) гемофилия

в) болезнь Рандю-Ослера

г) болезнь Менетрие

д) ожог желудка соляной кислотой

247. При формировании наружного панкреатического свища показано:

а) иссечение свища

б) наложение анастомоза между свищом и тонокой кишкой

в) резекция поджелудочной железы

г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета

д) пломбировка свища

248. Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:

а) кининовый "взрыв"

б) феномен"уклонения ферментов"

в) значительное повышение активности апуд-системы

г) выброс простогландинов

д) отек брыжейки ободочной кишки

249. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:

а) атоксической дилатацией сосудов

б) резким повышением емкости портальной системы

в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство

г) сердечной недостаточностью

д) перегрузкой правого сердца

250. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять:1.введение баралгина и его аналогов 2.введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад.4.введение морфина, фентанила.5. продленная перидуральная блокада.

а) верно 1,2,3,4
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,5
д) верно 1,2,3,4,5

251. Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах является:
а) три недели
б) три месяца
в) нет определенного срока
г) до появления полиорганной недостаточности
д) после ликвидации мацерации кожи вокруг свища

252. Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является:
а) сложность операции
б) образование послеоперационной грыжи
в) частые рецидивы после операции
г) возможность кровотечения
д) опасность инфицирования брюшной полости

253. Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:
а) образованию кишечных свищей
б) кровотечению
в) нагноению раны
г) хроническому колиту
д) хроническому циститу

254. Смена обтураторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза:
а) в 3 дня
б) в 5 дней
в) в 10 дней
г) в 14 дней
д) в 20 дней

255. Дисфагия после фундопликации по Ниссену обусловлена:
а) повреждением блуждающих нервов
б) повреждением диафрагмального нерва
в) гиперфункцией манжеты
г) чрезмерным сужением пищеводного отверстия диафрагмы
д) гипертонусом кардии

256. При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит:
а) доступ по Кохеру, Федорову
б) торакоабдоминальный доступ
в) доступ по Черни
г) срединная лапаротомия
д) поперечная лапаротомия

257. Краевая резекция печени выполняется при :

а) повреждении элементов глиссоновой триады
б) повреждении нижней полой вены
в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени
г) подкапсульных разрывах печени
д) отрыве сегмента печени

258. При ранении желудка выполняется:
а) ваготомия+ушивание ран
б) ушивание ран желудка
в) резекция желудка
г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран
д) пилоропластика+ушивание ран

259. Признаки повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки выявленными при лапаротомии является:
а) отек гепатодуоденальной связки
б) отек корня брыжейки тонкой кишки
в) имбибирование кровью малого сальника
г) рефлюкс желчи в жедудок
д) имбибирование желчью и области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

260. При свежих повреждения двенадцатиперстной кишки показано:
а) ушивание ее раны, зондирование двенадцатиперстной кишки
б) резекция 2\3 желудка
в) гастроэнтероанастомоз
г) ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистоэктомия
д) гастродуоденостомия по Финнею

261. При ранениях поджелудочной железы без повреждения вирсунгова протока выполняется:
а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
б) дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика панкреатита
в) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
г) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
д) дренирование сальниковай сумки

262. Резекция поджелудочной железы при ее ранения показана:
а) при полных поперечных разрывах и размозжениях
б) при посттравматическом панкреатите
в) при ранении селезеночной артерии
г) при ранении головки поджелудочной железы
д) при обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки

263. При ранениях тонкой кишки обоснованным является:
а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
б) энтеростомия
в) резекция тонкой кишки
г) наложение трансверзоеюноанастомоза
д) выполнение операции Майдля

264. Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:

а) точечные кровоизлияния про серозной оболочке в области травмы
б) сквозное ранение тонкой кишки
в) отрыв кишки от брыжейки на ротяжении 4 см и более
г) гематома брыжейки
д) обширная забрюшинная гематома

265. При свежих ранениях ободочной кишки показано:
а) ушивание раны
б) ушивание раны и дренирование брюшной полости
в) гемиколэктомия
г) операция Лахея
д) колостомия

266. Первичный склерозирующий холангит обусловлен:
а) дуоденостазом
б) портальной гипертензией
в) панкреато-билиарным рефлюксом
г) перихоледохеальным лимфанденитом
д) хроническим колитом

267. Свежее повреждение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде диагностируется с помощью:
а) чрезкожной чреспеченочной холангиографии
б) ретроградной панкреато-холангиографии
в) ретроградной панкреато-холангиографии+чрезкожной чреспеченочной холангиографии
г) фистулохолангиографии
д) УЗИ

268. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
а) механической желтухой
б) икотой
в) гнойным холангитом
г) жечеистечением
д) рвотой желчью

269. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:
а) желчным перитонитом
б) лихорадкой
в) желчеистечением
г) механической желтухой
д) панкреонекрозом

270. Для длительного каркасного дренирования желчных протоков применяется:
а) дренаж Фелькера
б) потерянный дренаж
в) Т-образный дренаж
г) Кера-Мейо-Робсона
д) сменный транспеченочный по Гетц-Сейпол-Куриану

271. При жечнокаменной непроходимости двенадцатиперстной кишки показано:

а) декомпрессия желудка
б) введение спазмолитиков
в) дуоденостомия, удаление камня
г) низведение камня, энтеротомия
д) гастроэнтероанастомоз

272. При формировании гепатикоеюноанастомоза длина петли тонкой кишки , выключенной по Ру , должна быть:
а) до 30 см
б) 30-50см
в) 50-70см
г) 70-90см
д) 90-120см

273. Показанием к одномоментному двойному дренированию желчных протоков является:
а) холедохолитиаз
б) хронический головчатый панкреатит
в) поликистоз печени
г) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха до 1.0см
д) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5см

274. Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена: 1.аневризмой брюшного отдела аорты 2.аневризмой брюшного отдела аорты 3.сдавлением мезентериальными сосудами 4.инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную 5. головчатым панкреатитом :
а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно1, 2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

275. При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана:
а) операция Микулича
б) вправление инвагината ректоскопом
в) чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
г) чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината
д) сигмостома

276. При раке сигмовидной кишки , осложненном непроходимостью, целесообразна операция:
а) левосторонняя гемиколэктомия
б) резекция сигмовидной кишки
в) цекостомия
г) операция Гартмана
д) трансверзостомия

277. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:
а) ушивание перфорации, наложение двуствольного ануса
б) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
в) подведение тампонов к перфорации, наложение одностовльного ануса
г) цекостомия, дренирование брюшной полости
д) ушивание перфорации,двухствольная сигмостома,дренирование брюшной

полости

278. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется:

а) низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия

б) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу

в) петлевая сигмостомия и химиотерапия

г) низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени

д) петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия

279. Синдром Золлингера-Эллисона это:

а) множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной , тощей и подвздошной кишки

б) сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы

в) пептические язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с энтеритом или диареей

г) рецидивирующие язвы желудка и 12п.кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы

д) пептические язвы желудка на фоне атрофия слизестой

280. Метаболические изменения вследствие стеноза привратника включают: 1.гипокалиемии. 2. гипонатриемии 3.дыхательного ацидоза 4.сгущения крови 5. кислой реакции мочи

а) верно 1,2,3,4

б) верно 1,3,4,5

в) верно 1,2,4,5

г) верно 2,3,4,5

д) верно 1,2,3,4,5

281. Критерием скользящей грыжи является:

а) участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа

б) участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа

в) наличие грыжевого содержимого

г) отсутствие грыжевого содержимого

д) участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

282. При флегмоне грыжевого мешка показано:

а) консервативное лечение с антибиотиками

б) вскрытие флегмоны

в) дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией

г) интубация кишечника зондом Милле-Эбота

д) операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника

283. Клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

а) дисфагия

б) частая рвота желудочным содержимым

в) частые изжоги

г) похудание
д) неустойчивый стул

284. Удлинение протромбинового времени при желтухе не удается корригировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о:
а) наличии отдаленных метастазов
б) длительности механичесокой желтухи
в) полной обструкции желчных протоков
г) выраженной гепатоцеллюляроной дисфункции
д) гемолитической желтухи

285. Абдоминизация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1.органичению патологического процесса в брюшной полости 2.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3.прекращению поступления ферментов и продуктов паспада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4.улучшению кровоснабжения железы 5.уменьшению активности протеолитических ферментов
а) верно 1,2,3,5
б) верно 1,3,4,5
в) верно 2,3,4,5
г) верно 1,2,3,4,5
д) верно 1,2,3,4

286. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки , за исключением:
а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатипестной связки
б) уменьшения в размерах желчного пузыря
в) выбухания стенки желудка кпереди
г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

287. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:
а) хронический алкоголизм
б) ЖКБ
в) гиперпаратиреоидизм
г) наследственный фактор
д) травма

288. Причиной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости может быть:
а) мерцательная аритмия
б) обостреня язвенной болезни желудка
в) компрессионный перелом позвоночника
г) гипертонический криз
д) болезнь Крона

289. Перемежающуюся желтуху можно обяснить:
а) камнем пузырного протока
б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
г) вентильным камнем холедоха
д) опухолью внепеченочных желчных протоков

290. Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли:

а) в тощей кишке
б) в подвздошной кишке
в) в червеобразном отростке
г) в толстой кишке
д) в прямой кишке

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 43.

Рядовой З., 30 лет, был придавлен бортом автомашины к забору. Сдавление пришлось на верхнюю часть живота. Кратковременно терял сознание. По возвращении сознания почувствовал резкое затруднение дыхания и боли в животе. Диагноз в первичной мед. карточке: "Ушиб и сдавление живота. Шок." Доставлен в ОМО через 2 часа после травмы. При поступлении состояние пострадавшего тяжелое, лежит на боку с поджатыми к животу ногами, бледен и безучастен к окружающему. Живот несколько вздут, умеренно напряжен, пальпация болезненна по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмерга положителен. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

1. Достаточно ли точен диагноз в первичной медициской карточке?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи?
3. Какова должна быть сортировка и объем помощи на МПП?
4. Следует ли оперировать пострадавшего или следует проводить противошоковую терапию?
5. Какие органы брюшной полости должны подвергатья ревизии?
6. На операции обнаружен разрыв печени и селезенки - как Вы по-ступите?
7. Что Вы сделаете с кровью, излившейся в брюшную полость при повреждениях, указанных в п.6?
8. Какое время больной должен находиться в ОМО?

Задача № 44.

Сержант Т., 28 лет, во время обстрела получил сквозное пулевое ра-нение левого бедра с переломом кости. Из выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы раненому была наложена повязка из 2-х индивидуальных пакетов и сделана инъекция промедола шприц-тюбиком. Нога фиксирована двумя толстыми сучьями. На МПП доставлен через 40 минут. При поступлении состояние тяжелое - бледен пассивен к окружающему, пульс 110 в минуту, АД-85/40. Нога фиксирована двумя ветками, доходящими до уровня тазобедренного сустава. Бедро деформировано, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

1. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку раненому?
2. Каков должен быть объем помощи раненому на МПП?
3. Как Вы оцениваете проведенную иммобилизацию подручными средствами? В чем заключается основная ошибка?
4. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего? Обоснуйте Ваше решение.
5. Перечислите возможные осложнения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей.
6. Классификация огнестрельных переломов.
7. На каком этапе эвакуации следует проводить первичную хирургическую обработку неосложненного огнестрельного перелома.
8. Перечислите этапы первичной хирургической обработки ран.

Задача № 45.

Рядовой Б., 20 лет, получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом

кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тя-желом состоянии. Сознание затуманено, возбужден, рвота. Тахипноэ. Пульс слабого наполнения 150 в 1 минуту, АД-90/40. После снятия шины Дитерихса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто, на коже синеватые и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные, определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передне-внутренней поверхности бедра размерами 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения обильные, сукровичные. Стопа и голень холодные, пульсация сосудов стопы не определяется

1. Поставьте полный диагноз
2. Как Вы классифицируете данное осложнение раневого процесса?
3. Какое оперативное лечение показано раненому?
4. На каком этапе медицинской эвакуации и в какую очередь следует оперировать раненого?
5. Каков прогноз состояния пострадавшего?
6. Назовите клинические формы данного осложнения.
7. Какая профилактика подобных осложнений должна выполняться на этапах медицинской эвакуации?
8. Есть ли специфическое лечение данной патологии? Если есть, то какое?

Задача № 46.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Составьте план обследования больного.

При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.

4. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической класси-фикации (Савари-Миллера)?
5. Сформулируйте полный клинический диагноз.
6. Современные методы консервативной терапии.
7. Показания к оперативному лечению.
8. Методы хирургического лечения данной патологии.

Задача № 47.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической конси-стенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану

предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перисталь-тирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Задача № 48.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Задача № 49.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5˚С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флуктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.
6. Особенности трофических язв другой этиологии: диабетиче-ские, нейротрофические, гипертонические.
7. Показания и методы хирургического лечения.
8. Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Задача № 51.

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в

состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – 4,5 х 10^{12}/л, Hb – 130 г/л, Ht – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.

3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?

При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.

5. Окончательный клинический диагноз.
6. Классификация повреждений селезенки.
7. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Задача № 52.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды.

Подобные расстройства беспокоят около двух лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Жи-вот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье.При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Какие виды сочетанной взаимообусловленной патологии желудочно-кишечного тракта вы знаете?
3. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
4. Показания к хирургическому лечению скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, методы хирургического лечения.
5. Что такое симультанная операция?
6. Какие варианты хирургической коррекции возможны у данной боль-ной?

Задача № 53.

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую по-мощь.При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот

равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спижарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8°С, лейкоцитоз – $11,5x10^9$/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края по-вреждённой кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

Задача № 54.

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошно-ту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ кро-ви: эритр. $4,1x10^{12}$, Hb 120 г/л, лейк. $7,3x10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и био-химические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. pH-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?
7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 55.

Больной Н., 32 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадиируют, часто возникают ночью, натощак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения 2 раза в год (весна-осень), по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ крови: эритр. $4,9x10^{12}$, Hb 140 г/л, лейк. $6,3x10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и биохимические

анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.
2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
3. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?
6. Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?
7. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 56.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительно-го наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула пря-мой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритр. $2,8x10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови AB(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритромассы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объёме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногрупную кровь, если нет одногрупной

Задача № 57

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость,

головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мяг-кий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15х10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритр. 2,7х1012, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билиру-бин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Chield следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 58.

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритр. $4{,}8 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейк. $12{,}3 \times 10^{9}$. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных мето-дов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?

9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Задача № 59.

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритр. $5{,}5x10^{12}$, Hb 180 г/л, лейк. $9{,}3x10^{9}$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

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

Задача № 60.

Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтер. отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Ps 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Жи-вот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт ст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

Задача № 61.

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 7 дней употреблял алкоголь. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общий анализ крови: эритр. $2,6x10^{12}$, Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

Задача № 62.

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлор-гидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

Задача № 63.

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5° С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз (14×10^9/л). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.

6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

Задача № 64.

Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабоположительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной не-проходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

Задание № 65.

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°С, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0x10^3$ в 1 мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

Задача № 66.

У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой под-вздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови $9,6x10^3$ в 1 мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Тестовые задания

1. Какие этапы выделяют в реабилитации пациентов с переломами конечностей:

Варианты ответов:

а) иммобилизационный;

б) острый;

в) подострый;

г) постиммобилизационный;

д) хронический.

2. Что является противопоказанием к назначению электростимуляции у пациентов с травмами нижних конечностей:

Варианты ответов:

а) острый воспалительный процесс в зоне воздействия;

б) сочетанная и комбинированная травма;

в) кардиостимулятор;

г) эпилепсия;

д) плохое стояние костных отломков.

3. Методы физиотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде у пациентов с переломом кости:

Варианты ответов:

а) переменное магнитное поле;

б) электростимуляция мышц;

в) теплолечение;

г) подводный душ-массаж;

д) дарсонвализация волосистой части головы.

4. Методы кинезотерапии предпочтительные в постиммобилизационный период травмы костей:

Варианты ответов:

а) массаж конечностей;

б) аналитическая гимнастика;

в) Kabat-терапия;

г) метод нейро-моторного проторения.

5. Чем определяются сроки начала кормления пациентов после проведе-ния оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) желанием пациента;

б) желанием доктора;

в) общим состоянием пациента;

г) объемом желудочного аспирата.

6. При каком объеме желудочного аспирата можно начинать кормление пациента после проведения оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) 200 мл;

б) 100 мл;

в) 50 мл;

г) отсутствие аспирата.

7. Какие особенности проведения дыхательной гимнастики у па-циентов после

проведения оперативного лечения по поводу язвы же-лудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) щажение диафрагмы;

б) проведение наиболее глубоких дыхательных упражнений;

в) проведение упражнений только в состоянии сидя;

г) проведение упражнений только в состоянии лежа.

8. Какие травы используются в фитотерапии пациентов с гастритом и язвой желудка или 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

а) наперстянка, ландыш майский;

б) зверобой продырявленный, ромашка лекарственная, мята переч-ная;

в) толокнянка, хвощ полевой, можжевельник.

9. Задачи реабилитации пациентов с травмами конечностей:

Варианты ответов:

а) восстановление целостности костной структуры;

б) восстановление мышечной силы;

в) предупреждение контрактур;

г) ликвидация или уменьшение болевого синдрома;

д) все вышеперечисленное.

10. «Идеомоторными» называются упражнения, при выполнении которых пациент:

Варианты ответов:

а) выполняет их по повторению;

б) выполняет их с противодействием;

в) выполняет их, представляет себе весь комплекс возникающих ощущений;

г) произвольно напрягет мышцы.

11. Правила, определяющие начало двигательной реабилитации при переломах кости:

Варианты ответов:

а) движения должны быть приятны для пациента;

б) движения должны быть безболезненны;

в) не должно быть смещения костных отломков;

г) движения должны быть легковыполнимы для кинезотерапевта.

12. Реабилитационные периоды при переломах конечности:

Варианты ответов:

а) иммобилизационный;

б) постиммобилизационный;

в) восстановительный период;

г) резидуальный период;

д) все вышеперечисленное.

13. Цели кинезотерапии при переломах конечности:

Варианты ответов:

а) кинезотерапия должна способствовать правильному стоянию костных отломков;

б) кинезотерапия должна способствовать равномерному распределению мышечного тонуса;

в) кинезотерапия должна способствовать мобилизации близлежащих суставов и мышц;

г) кинезотерапия должна способствовать нормализации крово- и лимфообращения.

14. В иммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения

следует предпочесть:

Варианты ответов:

а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;

б) индуктотермию на повязку с 3-х суток после высыхания гипса;

в) переменное магнитное поле с 1-х суток;

г) применение токов ультравысокой частоты с 1–2-х суток с противоотечной целью.

15. В постиммобилизационном периоде кинезотерапевтические мероприятия начинают с:

Варианты ответов:

а) пассивных движений, производимых персоналом и самодвиже-ний;

б) активной кинезотерапии в травмированной конечности;

в) идеомоторных (воображаемых) движений;

г) постурального положения.

16. Противопоказанием к проведению кинезотерапии в травмированной конечности в постиммобилизационном периоде являются:

Варианты ответов:

а) несросшиеся переломы;

б) невправленные вывихи;

в) артриты в фазе острого воспаления;

г) обширные повреждения кожи и мягких тканей.

17. В постиммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:

Варианты ответов:

а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;

б) теплолечение (пеллоидотерапия или парафин-озокерит);

в) лазеротерапию;

г) ультрафиолетовое облучение крови.

18. Виды пассивной кинезотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде травмы конечности:

Варианты ответов:

а) трудотерапия (стенды, домашнее задание);

б) механотерапия;

в) мануальная терапия;

г) эрготерапия.

19. Цели эрготерапии при переломах костей нижней конечно-сти:

Варианты ответов:

а) обучение самостоятельной ходьбе;

б) обучение пользованию средствами технической компенсации (костыли, трости, коляски, ходунки);

в) переоборудование жилища и транспорта при невозможности компенсации средствами технической компенсации самообслуживания и передвижения.

20. Диета при травмах костей конечностей должна включать:

Варианты ответов:

а) уменьшенное содержание жиров и углеводов;

б) уменьшенное количество соли;

в) полноценное сбалансированное питание с некоторым повышением продуктов, содержащих кальций;

г) протертые блюда без раздражающих веществ.

21. Какие из упражнений наиболее показаны при облитерирую-щем эндартериите нижних конечностей:

Варианты ответов:

а) бег трусцой;

б) тренировка коллатералей (сгибание и разгибание на весу в сочетании с дыхательной гимнастикой);

в) ходьба с препятствиями;

г) дозированная ходьба.

1. Ультразвук получают благодаря прямому пьезоэлектрическому эффекту:

Варианты ответов:

а) да;

б) нет.

2. Каковы основные дозиметрические параметры ультразвуковой терапии:

Варианты ответов:

а) сила тока;

б) мощность;

в) напряжение;

г) интенсивность;

д) режим.

3. Сколько вещества вводится в ткани при ультрафонофорезе:

Варианты ответов:

а) 0,5 %;

б) 1–3 %;

в) 30–40 %;

г) 40–50 %;

д) 10–12 %.

4. Назовите показания для ультразвуковой терапии:

Варианты ответов:

а) туберкулез легких;

б) неосложненная язвенная болезнь желудка;

в) гипертрофический фарингит;

г) келлоидный рубец;

д) рассеянный склероз.

5. Какой фактор является действующим в ультразвуке:

Варианты ответов:

а) ток высокой частоты;

б) магнитное поле;

в) механическое колебание;

г) импульсный ток;

д) электромагнитное поле.

6. Какие факторы имеют основное значение в механизме действия ультразвука:

Варианты ответов:

а) токи поляризации;

б) тепловой;

в) осцилляторный;

г) физико-химический;

д) механический.

7. В каких тканях наблюдается наибольшее поглощение ультразвука:
Варианты ответов:
а) подкожная жировая клетчатка;
б) мышечная;
в) нервная;
г) костная;
д) паренхиматозные органы.

8. На какую максимальную глубину в условиях целостного организма распространяется ультразвук частотой 800 кГц:
Варианты ответов:
а) 0,3–0,5 см;
б) 1 см;
в) 30–40 см;
г) 8–10 см.

9. Обладают ли лечебные грязи высокой теплопроводностью:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

10. Сапропелевые грязи образуются на дне пресных водоемов:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

11. Торфяные грязи образуются при малом доступе кислорода:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

12. Наиболее активной в терапевтическом отношении частью пелоидов является кристаллический скелет:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

13. Обладают ли пелоиды противовоспалительным эффектом:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

14. Укажите основные действующие факторы лечебных грязей:
Варианты ответов:
а) температурный;
б) фотохимический;
в) механический;
г) химический;
д) электрический.

15. Укажите особенности механизма действия парафина:
Варианты ответов:

а) отсутствие механического фактора;
б) отсутствие химического фактора;
в) отсутствие температурного фактора.

16. Какое первичное действие оказывает озокеритотерапия:
Варианты ответов:
а) химическое;
б) компрессионное;
в) тепловое;
г) рефлекторное;
д) фотофизическое.

17. При каких заболеваниях показана озокеритотерапия:
Варианты ответов:
а) болезнь Бехтерева I степени активности;
б) тиреотоксикоз;
в) невралгия тройничного нерва;
г) вибрационная болезнь;
д) полиартрит туберкулезный.

18. Действием каких факторов определяется влияние пелоидов на организм:
Варианты ответов:
а) тепловой;
б) физико-химический;
в) химический;
г) биологический;
д) механический.

19. Укажите показания к грязелечению:
Варианты ответов:
а) перелом локтевой кости с замедленной консолидацией;
б) хронический эндометрит;
в) избыточная костная мозоль;
г) склеродермия;
д) острый холецистит.

20. С какого минимального возраста может применяться грязелечение:
Варианты ответов:
а) с первых дней жизни;
б) с 5 лет;
в) с 2 лет;
г) с 1 года;
д) с 7 лет.

21. Какова температура нагрева лечебной грязи при митигированном грязелечении:
Варианты ответов:
а) 32–36 °С;
б) 37–40 °С;
в) 42–46 °С.

22. Какова температура плавления озокерита:
Варианты ответов:
а) 52–70 °С;

б) 60–76 °С;
в) 95–10 0°С;
г) 40–48 °С.

23. Лечебное действие пресной воды обусловлено влиянием факторов:
Варианты ответов:
а) температурного;
б) химического;
в) механического;
г) физического.

24. Вода обладает:
Варианты ответов:
а) высокой теплопроводностью;
б) низкой теплопроводностью.
25. Душ Шарко является:
Варианты ответов:
а) веерным;
б) дождевым;
в) струевым;
г) пылевым.

26. Можно ли использовать углекислые ванны при патологии сердечно-сосудистой системы:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

27. Какие ванны относятся к минеральным:
Варианты ответов:
а) скипидарные;
б) сероводородные;
в) шлаковые;
г) йодобромные;
д) радоновые.

28. Какими свойствами обладает вода как лечебный теплоноситель:
Варианты ответов:
а) высокая теплоемкость и высокая теплопроводность;
б) высокая теплоемкость и низкая теплопроводность;
в) низкая теплоемкость и низкая теплопроводность;
г) низкая теплоемкость и высокая теплопроводность.

29. Назовите газовые ванны:
Варианты ответов:
а) шалфейные;
б) валериановые;
в) углекислые;
г) горчичные;
д) жемчужные;
е) сероводородные.

30. Температура прохладных водных процедур:

Варианты ответов:
а) ниже 20 °С;
б) 20–35 °С;
в) 36–37 °С;
г) 38–40 °С;
д) выше 40 °С.
31. Можно ли направить на санаторно-курортное лечение пациента с эпилепсией:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

32. Применяется ли спелеотерапия у пациентов с бронхиальной астмой:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

33. Иловые сульфидные грязи образуются на дне:
Варианты ответов:
а) пресных водоемов;
б) болот;
в) морей.

34. Гидротерапия — это:
Варианты ответов:
а) применение природных минеральных вод с лечебными целями;
б) применение пресной воды с лечебной целью;
в) применение искусственной минеральной воды с лечебными целями.

35. Можно ли рассматривать гелиотерапию как вид климатотерапии:
Варианты ответов:
а) да;
б) нет.

36. Какие физические свойства теплоносителей определяют их пригодность для теплолечения:
Варианты ответов:
а) высокая теплоемкость;
б) высокая теплопроводность;
в) высокая теплоудерживающая способность;
г) низкая теплопроводность;
д) низкая электропроводность.

37. Назовите противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение:
Варианты ответов:
а) острый холецистит;
б) эпилепсия;
в) хронический бронхит;
г) беременность 20 недель (на климатический курорт);
д) активный туберкулез;
е) ишемическая болезнь сердца I–II ФК;
ж) беременность 12 недель (на бальнеологический курорт).

38. Какова температура теплых воздушных ванн:

Варианты ответов:
а) 1–8 °С;
б) 17–20 °С;
в) 21–22 °С;
г) 23°С и выше.

39. Укажите температуру индифферентных водных процедур:
Варианты ответов:
а) ниже 20 °С;
б) 20–35 °С;
в) 36–37 °С;
г) 38–40 °С;
д) выше 40 °С.

40. Укажите виды климатотерапии:
Варианты ответов:
а) бальнеотерапия;
б) гелиотерапия;
в) гидротерапия;
г) аэротерапия;
д) талассотерапия;
е) спелеотерапия.

41. Назовите показания для спелеотерапии:
Варианты ответов:
а) бронхиальная астма;
б) пневмосклероз;
в) истерия;
г) абсцесс легкого;
д) астматический бронхит;
е) гипертоническая болезнь I степени.

42. Укажите температуру прохладных водных процедур:
Варианты ответов:
а) ниже 20 °С;
б) 20–35 °С;
в) 36–37 °С;
г) 38–40 °С;
д) выше 40 °С.

Специальность 31.08.67 «Хирургия»

Дисциплина ФТД 1. История медицины

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний	39
Тестовые задания	61

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Вопросы для текущего и промежуточного контроля уровня знаний

1. Хирургия - наидревнейшая специальность. Основные этапы развития хирургии:
2. Эмпирический период;
3. Хирургические школы древнего мира
4. Хирургия древних индийцев (были известны более 120 хирургических инструментов, кесарево сечение, ринопластика);
5. Хирургия древней Греции (Гиппократ), Рима (Корнелий Цельс), Клавдий Гален (экспериментальный подход к лечению ран);
6. Древняя восточная медицина (Авиценна – описал более 5000 заболеваний и способы их лечения, лечение растительными веществами);
7. Хирургия в средние века.
8. Европейская школа Лука, Бруно де Лангобурго (итал.), Мондевиль (фран.).
9. Анатомический период (с конца 16 до конца 19):
10. Андреас Везалий – впервые применил исследовательский подход в строении человеческого тела.
11. Амбруаз Паре – кровоостанавливающий зажим, пропаганда перевязки сосудов, исследование огнестрельных ран.
12. Парацельс – вяжущие и химические вещества для лечения ран.
13. Ульям Гарвей – открытие законов кровообращения.
14. Период великих открытий (конец 19 – начало 20 века):
15. Анатомический период;
16. Период великих открытий;
17. Физиологический период;
18. Высокотехнологический период.
19. Открытие Академии наук.
20. Влияние трудов М.В.Ломоносова на развитие отечественной медицины 18 века.
21. Вопросы охраны здоровья населения в трудах М.В.Ломоносова.
22. Основные черты развития медицины в России 18 века.
23. Основание Московского университета и медицинского факультета и медицинского факультета при нем.
24. Оспопрививание в виде вариоляции в России в 18 веке.
25. Юдин С.С., Брюхоненко С.С., Демихов В.П.- выдающиеся представители отечественной медицины.
26. Н.И.Пирогов, его вклад в развитие анатомии, хирургии.
27. Вклад Н.И.Пирогова в военно-полевую хирургию.

28. И.М.Сеченов и значение его трудов для развития отечественной физиологии.
29. С.П.Боткин - терапевт, ученный и общественный деятель.
30. Учение о асептике и антисептике (Джозеф Листер, 1867 г.);
31. Открытие обезболивания (У.Мортон, Джексон, 16.10.1846 г.);
32. Открытие групп крови и переливание крови (К.Ландштайнер, 1901; Я.Янский, 1907; А.Винер, 1940).
33. Физиологический период (хирургия 20 века)
34. Нотложная хирургия и плановая ЖКТ. Б.Лангенбек, Ф.Тедленбург, А.Бир, А.В.Вишневский, С.И.Спасокукоцкий (СССР).
35. Реконструктивная хирургия, хирургия пищевода, щитовидной железы. Т.Кохер, Ц.Ру, С.С, Юдин (СССР).
36. Ссудистая хирургия, микрохирургия. Р.Лериш, А.Каррель.
37. Сердечно-сосудистая хирургия, трансплантология. У.Мейо (США), К.Бернард (ЮАР), Шумаков (РФ).
38. Вклад отечественных ученых в развитие хирургии (Пирогов Н.И., И.Ф.Буш, Субботин М.С., Гирголав С.С., Петровский Б.В., Юдин С.С., Вишневский А.А., Куприянов П.А.)
39. Современные хирургические школы Санкт-Петербурга и Москвы.

Тестовые задания

1. Определение истории медицины

1) история медицины – это наука о происхождении, развитии и современном состоянии медицины
2) история медицины – это наука о закономерностях развития врачевания
3) история медицины – это наука о происхождении практических медицинских навыков
4) история медицины – это наука об изучении народных средств врачевания

2. В основу периодизации истории медицины положены

1) достижения в области естествознания
2) открытия в области медицины
3) смена правящих династий
4) знаменательные исторические даты
5) социально-экономические формации

3. Одной из форм первобытной религии была вера в то, что человек может воздействовать на природу различными «чудодейственными» приемами и заклинаниями. Она называлась

1) волшебство
2) магия
3) колдовство
4) тотемизм
5) язычество

4. Суеверный страх человека перед грозной природой вызывал желание умилостивить ее. Человек стал покланяться земле, воде, огню, населяя природу своеобразными «духами». Такая форма религии называется

1) мистицизм
2) язычество
3) тотемизм
4) анимизм
5) христианство

5. На заре формирования человеческого общества создался особый класс людей, посвятивших себя врачеванию. Они назывались

1) зомби
2) Колдун
3) Шаман

4) Берегиня
5) факир

6. Первыми лекарствами в первобытном обществе были вещества
1) животного происхождения
2) минерального происхождения
3) комбинированные
4) синтетические
5) растительного происхождения

7. По костным останкам древних людей можно определить
1) опухоли костей
2) Рахит
3) травмы
4) инфаркт миокарда
5) гепатит

8. Методы борьбы первобытных врачевателей с болезнью при демонологическом ее представлении
1) слабительные средства
2) Амулеты
3) заговоры
4) тотемы
5) трепанации черепа

10. В качестве медицинских инструментов в период первобытно-общинного строя использовались
1) заточенный камень
2) острая рыбья чешуя
3) острые копья
4) Пинцет
5) ланцет

11. По мнению первобытного человека, болезнь возникала в результате
1) смены времен года
2) изменения климатических условий
3) воздействия небесных сил
4) воздействия духов, демонов, проникающих в тело человека
5) естественных причин (плохая пища, вода и т.п.)

12. Особенности медицины рабовладельческого строя:
1) применение наркоза
2) открытие лекарственных средств
3) классовый характер медицины
4) общедоступная медицина

13. Анатомические знания в Древнем Египте получали при:
1) бальзамировании
2) вскрытии трупов
3) изучении медицинских книг
4) вскрытии животных

14. Первый свод законов в эпоху рабовладения, содержавший правовые основы деятельности врачевателей:
1) Законы Хаммурапи
2) Римское право
3) Аюр-Веда
4) Канон медицины

15. Самый распространенный метод лечения в Древнем Китае:
1) ритуальные танцы
2) лечение от противного

3) заговоры
4) хирургия

15. В Индии медицине обучались
1) в храмах
2) в специальных школах типа университета
3) в медицинских школах
4) на дому у целителей
5) нигде, была только народная медицина

16. Какой метод лечения применялся в Древнем Китае при натуральной оспе:
1) вакцинация
2) вариоляция
3) оперативное вмешательство
4) кровопускание

17. Вершиной искусства диагностики в Древнем Китае стало учение
1) о дыхании
2) о пневме
3) о пульсе
4) «инь-ян»

18. Мумификацией в древнем Египте занимались специальные люди, которых греки называли:
1) переодевты
2) Терапевты
3) тарихевты
4) прозекторы

19. В V веке до н.э., по свидетельству греческого историка Геродота, среди врачей этой страны существовала специализация (хирурги, окулисты и т.д.)
1) Вавилон
2) Китай
3) Индия
4) Египет

20. Самое раннее государство Древнего Мира, в котором сложились два направления врачевания - асуту (искусство врачевателей) и ашипуту (искусство заклинателей):
1) Египет
2) Китай
3) Вавилон
4) Индия

21. Военная медицина зародилась:
1) в Древней Греции
2) в Древнем Риме
3) в Месопотамии
4) в Древнем Китае

22. К какой врачебной школе принадлежал Гиппократ:
1) александрийская
2) родосская
3) сицилийская
4) косская

23. Бог-целитель древнегреческого пантеона:
1) Меркурий
2) Асклепий
3) Аид
4) Дионис

24. Какое историческое событие знаменует окончание эпохи Древнего Мира и начало эпохи Средневековья

1) падение Римской империи
2) рождение Иисуса Христа
3) появление Византии
4) первый крестовый поход

25. Развитие больничного дела в Византии было тесно связано со становлением религии

1) язычества
2) Буддизма
3) Иудизма
4) христианства
5) ислама

26. Кто написал "Канон врачебной науки"?

1) Гиппократ
2) К. Гален
3) Ибн Сина
4) Ар-Рази

27. Автор «Салернского кодекса здоровья»

1) Роджер Салернский
2) Константин Африканский
3) Арнольд из Виллановы
4) Анри де Мондевиль

28. Изучению какой науки уделял особое внимание Парацельс:

1) анатомии
2) Химии
3) Физиологии
4) физики

Выберите 1 правильный ответ

29. Врач, физиолог, эмбриолог, который математически рассчитал и экспериментально обосновал теорию кровообращения?

1) А. Везалий
2) Фабриций
3) У. Гарвей
4) Д. А. Борелли

30. Основателем какой из перечисленных дисциплин является Джироламо Фракасторо?

1) педиатрия
2) эпидемиология
3) психиатрия
4) анестезиология

31. Лекарственное средство, включавшее в себя около 70 компонентов и считавшееся, согласно средневековой фармакопеи, лекарством от всех болезней:

1) Митридат
2) Териак
3) Панацея
4) Мизадж

32. Термин «инфекция» был введен

1) Гиппократом
2) Парацельсом
3) Галеном
4) Фракасторо

33. Врач, давший новое представление о дозе лекарственных веществ, считая, что «все есть яд и все есть лекарство»

1) Парацельс

2) Бэкон
3) Санторио
4) Авиценна

34. В каком из университетов в XVI в. сложилась анатомо-физиологическая школа, известным представителем которой был А. Везалий
1) Парижский
2) Болонский
3) Падуанский
4) Салернский

35. Главной заслугой Гарвея является
1) применение нового метода в изучении жизненных явлений (экспериментальное доказательство)
2) открытие новых лекарственных средств
3) борьба с католической церковью с целью добиться запрета влияния церкви на обучения в университетах
4) открытие легочного кровообращения

36. Врач, впервые описавший профессиональные заболевания и предложивший способы их предотвращения?
1) Г. Агрикола
2) А.Везалий
3) У. Гарвей
4) Б. Рамаццини

37. Особое значение для развития медицины имели основные великие естественнонаучные открытия конца XVIII – первой половины XIX века
1) закон сохранения массы вещества в химических реакциях
2) теория клеточного строения растений
3) теория клеточного строения животных и растений

38. Первая теория эволюционного развития существ была сформулирована
1) Ж. Ламарком
2) М. Ломоносовым
3) К. Линнеем
4) Ч. Дарвиным
5) Г. Менделем

39. Основоположник эволюционного учения -
1) Г. Мендель
2) Ж. Ламарк
3) Ф. Энгельс
4) Ч. Дарвин
5) К. Линней

40. Первое применение микроскопа в естествознании связано с именем
1) Ганса Янсона
2) Захария Янсона
3) Галилео Галилея
4) Роберта Гука
5) Антония Левенгука

41. Впервые увидел и зарисовал эритроциты (1673), бактерии (1683), а также простейших и отдельные растительные и животные клетки
1) Роберт Гук
2) Марчелло Мальпиги
3) Антоний ван Левенгук
4) Ксавье Биша
5) Теодор Шванн

42. В работах этого ученого сближение анатомии с клинической медициной положило

начало клинико-анатомическому принципу, что позволило ему создать первую научно-обоснованную классификацию болезней

1) Дж. Б. Морганьи
2) Ж. Корвизар
3) Ф. Можанди
4) К. Рокитанский
5) Р. Вирхов

43. К. Рокитанский был ведущим представителем

1) целлюлярной патологии
2) солидарного направления
3) генетического направления
4) гуморального направления
5) анатомической школы Германии

44. Основоположник вакцинации

1) Л. Пастер
2) Р. Кох
3) И. Мечников
4) Э. Дженнер
5) Э. Дюкло

45. Первым кто показал, что процессы брожения и гниения связаны с жизнедеятельностью микроорганизмов был

1) И. Мечников
2) Л. Пастер
3) И. Земмельвейс
4) Д. Самойлович
5) Д. Фракасторо

46. Кто в 1742 году предложил термометр со стоградусной шкалой, в которой 0 градусов соответствовал температуре кипения воды, а 100 градусов – точке таяния льда?

1) Фаренгейт
2) Реомюр
3) Штрёмер
4) Цельс
5) Гехард

47. Впервые для физического обследования больного был предложен метод перкуссии

1) Леопольдом Ауэнбругером
2) Жаном Николя Корвизаром
3) Максимилианом Штолем
4) Рене Лаэнеком

48. Метод посредственной аускультации и первые стетоскопы введены в практику

1) Леопольдом Ауэнбругером
2) Рене Лаэнеком
3) Жаном Николя Корвизаром
4) Максимилианом Штолем
5) Йозеф Шкода

49. Научное обоснование метода перкуссии дал

1) Пьорри
2) Ауэнбругер
3) Корвизар
4) Лаэнек
5) Шкода

50. Впервые применил эфир в качестве обезболивающего средства

1) Д. Симпсон

2) Г. Уэллз
3) Д.Уоррен
4) Г.Деви
5) У.Мортон

51. Впервые применил хлороформ в качестве обезболивающего средства
1) Д. Симпсон
2) Г. Уэллз
3) Д.Уоррен
4) Г.Деви
5) У.Мортон

52.Кто возглавил первую госпитальную школу, открытую в Москве по инициативе Петра I?
1) М. Я. Мудров
2) М. И. Шеин
3) Н.Л. Бидлоо
4) К.И. Щепин

53. Приказы общественного призрения, созданные во всех губерниях России, должны были
1) устраивать народные школы
2) содержать тюремные больницы
3) устраивать и содержать сиротские дома

54. Врач, описавший зоны расстройства кожной чувствительности при заболеваниях внутренних органов
1) Боткин С.П.
2) Образцов В.П.
3) Захарьин Г.А.

55. Клинические лабораторные исследования в России ввел:
1.Г.А.Захарьин
2.И.П.Павлов
3.Н.И.Пирогов
4.С.П.Боткин
5.А.А.Остроумов

56. Основоположником отечественной антибиотикотерапии считают:
1.Флеменга А.
2.Мухина Е.О.
3.Снегирева В.Ф.
4.Ермольеву З.В.
5.Мечникова И.И.

57. Создатель учения о высшей нервной деятельности?
1) И.М.Сеченов
2) И.П. Павлов
3) К. Бернар
4) А.М. Филомафитский

58. Земская медицина сформировалась:
1.после 1917 года
2.после декабрьского восстания 1825 года
3.при Петре I
4.при проведении реформы в 1864 году

59. Укажите отличительные особенности работы медицинской службы в начальный период Великой отечественной войны:
1) создание сети эвакогоспиталей
2) внедрение в работу всех лечебных учреждений единых принципов оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных.

3) быстрая перегруппировка сил и средств медицинской службы в целях обеспечения стремительно наступающих войск

60. Основная причина гибели раненых

1) а) шок в сочетании с потерей крови
2) б) сепсис и отсутствие антисептиков
3) в) отсутствие антибиотиков
4) г) недостаток обезболивающих средств

61. Главные достижения советской медицины в годы Великой Отечественной войны

1) досрочные выпуски врачей и сокращение сроков обучения в медицинских институтах
2) успехи в кардиохирургии и трансплантологии
3) отсутствие массовых эпидемий инфекционных болезней в армии и среди местного населения
4) организация санаторно-курортного лечения для раненых и больных воинов