

Минздрав России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе и
последипломной подготовке

 О.С. Федорова

« 22 » 05 2023 г.

ПРОГРАММА
государственной итоговой аттестации

по специальности ординатуры 31.08.67 Хирургия
Квалификация: врач-хирург

Томск
2023 г.

1. Пояснительная записка

Государственная итоговая аттестация входит в Блок 3 программы ординатуры по специальности **31.08.67 «ХИРУРГИЯ»**, в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации *«врач-хирург»*.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы. В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена. Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Цель государственного экзамена – определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы требованиям ФГОС ВО (приказ Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. N 1110).

В процессе государственного экзамена проводится проверка и оценка знаний, умений и навыков, полученных обучающимся при освоении программы ординатуры.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Выпускник, освоивший программу ординатуры должен знать:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждения здравоохранения;
- общие вопросы организации хирургической помощи в стране; работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения;
- систему кроветворения и гемостаза, физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, основы кровезаместительной терапии, показатели гомеостаза в норме и патологии;
- клиническую симптоматику и патогенез основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний в хирургической клинике;
- основы фармакотерапии в хирургии, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции;
- основы иммунологии и реактивности организма;
- организацию службы интенсивной терапии и реанимации в хирургической клинике, оборудование палат интенсивной терапии и реанимации;
- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- основы рационального питания здоровых лиц, принципы диетотерапии хирургических больных;
- противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- МСЭ при хирургических болезнях;
- диспансерное наблюдение за здоровыми и больными, проблемы профилактики;
- формы и методы санитарно-просветительной работы;
- принципы организации службы медицины катастроф.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен уметь:

- объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение ЧСС, ЧД, АД, термометрия);
- выполнять искусственное дыхание;
- выполнять непрямой массаж сердца;
- выполнять трахеотомию, коникотомию;
- произвести остановку наружного и внутреннего кровотечения;
- выполнять подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции;
- произвести катетеризацию мочевого пузыря;
- выполнить пункцию брюшной и плевральной полостей;
- выполнить промывание желудка;
- произвести пальцевое исследование прямой кишки
- выполнить лаваж трахеобронхиального дерева;
- владеть операцией при остром аппендиците;
- выполнять операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения);
- уметь остановить кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса;
- владеть операцией при неосложненные и ущемленные грыжи живота,
- выполнять операции при острой и хронической кишечной непроходимости различной этиологии;
- владеть операцией при остром и хроническом калькулезном и бескаменном холецистите;
- оказать помощь при холангите и механической желтухе различной этиологии;
- уметь назначить лечение при остром и хроническом панкреатите, кистозном поражении поджелудочной железы;
- назначить лечение при желудочных, кишечных, желчных, панкреатических и смешанных наружных и внутренних свищи;
- оказать помощь при открытой и закрытой травме органов брюшной и грудной полостей;
- владеть операциями при варикозном расширении вен нижних конечностей, остром и хроническом тромбозе и флеботромбозе, венозной недостаточности, лимфостазе;
- назначить лечение при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей, атеросклеротической и диабетической гангрене;
- владеть операциями при гнойных заболеваниях мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа);
- уметь выполнять наложение гастро- и еюностомы;
- уметь выполнять наложение гастроэнтероанастомоза, резекция желудка при язвенной болезни и раке;
- владеть операцией при устранении тонко- и толстокишечной непроходимости, наложения колостомы;
- уметь выполнять резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец и бок в бок;
- владеть методикой санации и дренирования брюшной полости при перитоните;
- выполнять холецистостомию, холецистэктомию, наружное дренирование общего желчного протока, наложение билиодигестивных анастомозов;
- уметь выполнять остановку внутрибрюшного кровотечения, спленэктомию, ушивание ран печени; операция Троянова-Тренделенбурга;
- владеть операцией при геморрое;
- уметь выполнять ампутацию конечностей;

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен владеть:

- объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение ЧСС, ЧД, АД, термометрия);
- выполнять искусственное дыхание;
- выполнять непрямой массаж сердца;
- выполнять трахеотомию, коникотомию;
- произвести остановку наружного и внутреннего кровотечения;
- выполнять подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции;
- произвести катетеризацию мочевого пузыря;
- выполнить пункцию брюшной и плевральной полостей;
- выполнить промывание желудка;
- произвести пальцевое исследование прямой кишки
- выполнить лаваж трахеобронхиального дерева;
- владеть операцией при остром аппендиците;
- выполнять операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация гастродуоденальных язв, острые и рецидивирующие язвенные гастродуоденальные кровотечения);
- уметь остановить кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса;
- владеть операцией при неосложненные и ущемленные грыжи живота,
- выполнять операции при острой и хронической кишечной непроходимости различной этиологии;
- владеть операцией при остром и хроническом калькулезном и бескаменном холецистите;
- оказать помощь при холангите и механической желтухе различной этиологии;
- уметь назначить лечение при остром и хроническом панкреатите, кистозном поражении поджелудочной железы;
- назначить лечение при желудочных, кишечных, желчных, панкреатических и смешанных наружных и внутренних свищи;
- оказать помощь при открытой и закрытой травме органов брюшной и грудной полостей;
- владеть операциями при варикозном расширении вен нижних конечностей, остром и хроническом тромбофлебите и флеботромбозе, венозной недостаточности, лимфостазе;
- назначить лечение при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей, атеросклеротической и диабетической гангрене;
- владеть операциями при гнойных заболеваниях мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа);
- уметь выполнять наложение гастро- и еюностомы;
- уметь выполнять наложение гастроэнтероанастомоза, резекция желудка при язвенной болезни и раке;
- владеть операцией при устранении тонко- и толстокишечной непроходимости, наложения колостомы;
- уметь выполнять резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец и бок в бок;
- владеть методикой санации и дренирования брюшной полости при перитоните;
- выполнять холецистостомию, холецистэктомию, наружное дренирование общего желчного протока, наложение билиодигестивных анастомозов;
- уметь выполнять остановку внутрибрюшного кровотечения, спленэктомию, ушивание ран печени; операция Троянова-Тренделенбурга;

- владеть операцией при геморрое;
- уметь выполнять ампутацию конечностей;

Государственный экзамен для обучающихся в ординатуре по специальности **31.08.67 «ХИРУРГИЯ»** проводится в 3 этапа:

- I этап – тестирование на компьютере;
- II этап – оценка практических навыков и умений;
- III этап – собеседование.

Перед государственным экзаменом проводится консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

2. Порядок проведения, структура и критерии оценки результатов государственного экзамена

2.1. Этап первый – тестирование на компьютере.

- 2.1.1.** Компьютерное тестирование проводится с использованием базы тестовых заданий по специальности **31.08.67 «ХИРУРГИЯ»**, включающей вопросы дисциплин основной профессиональной образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности *врача-хирурга*.
- 2.1.2. Подготовка ординатора к I этапу государственного экзамена включает:
- повторение пройденного теоретического материала по дисциплинам учебного плана;
 - предварительное тестирование;
 - консультации на кафедре.
- 2.1.3. Весь объем тестовых заданий для итоговой государственной аттестации находится в электронном (удаленном) доступе. Ординатор имеет возможность самостоятельного пробного тестирования с неограниченным количеством попыток до момента начала I этапа государственного экзамена.
- 2.1.4. Тестирование проводится на базе центра медицинской симуляции, аттестации и сертификации СибГМУ в группах в соответствии с расписанием, утвержденным руководителем отдела интернатуры и ординатуры.
- 2.1.5. Для проведения тестирования компьютерной программой случайным выбором формируется перечень вопросов в количестве 100 штук для каждого обучающегося. На тестирование отводится 1 астрономический час.
- 2.1.6. Во время тестирования ординатор выбирает правильный (один) ответ из предложенных нескольких вариантов ответов.
- 2.1.7. Результаты тестирования зачитываются с оценкой «отлично» при 90-100% правильных ответов, с оценкой «хорошо» при 80-90% правильных ответов, с оценкой «удовлетворительно» при 70-80% правильных ответов, с оценкой «неудовлетворительно» при доле правильных ответов менее 70%.
- 2.1.8. Результаты тестирования оформляются справкой установленного образца и переносятся в протокол государственной итоговой аттестации секретарем экзаменационной комиссии.
- 2.1.9. Результаты тестирования объявляются ординатору сразу по окончании тестирования.
- 2.1.10. Если результаты тестирования зачитываются с оценкой «неудовлетворительно», то ко II этапу государственного экзамена ординатор может быть допущен по

решению председателя государственной экзаменационной комиссии.

2.2.Этап второй – оценка практических навыков и умений

- 2.2.1. Ординаторы допускаются ко II этапу государственного экзамена после успешного прохождения компьютерного тестирования (I этап).
- 2.2.2. II этап государственного экзамена состоит из сдачи практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения основной профессиональной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»
- 2.2.3. При сдаче практических навыков и умений ординатор имеет право на подготовку в день аттестации в течение 1 академического часа.
- 2.2.4. Во время сдачи II этапа государственного экзамена ординаторы могут пользоваться рабочими тетрадями, в которых имеются записи результатов сбора жалоб, анамнеза больного, результатов лабораторных, инструментальных исследований и лечения, взятых из врачебной истории.
- 2.2.5. Оценка практических умений и навыков проводится:
– в устной форме (опрос) по истории болезни, оперируемого больного, этапов выполнения хирургического вмешательства;
– непосредственное выполнение оперативного вмешательства с участием представителя кафедры.
- 2.2.6. Результаты II этапа государственного экзамена имеют качественную оценку «зачтено» - «не зачтено».

2.2.7. Критерии оценки профессиональных навыков и умений:

Проверка практических навыков проводится сначала у постели больного с разбором, ЭКГ, рентгенограмм, лабораторных данных.

Оценка «зачтено» ставится в том случае:

- если аттестуемый правильно оценил состояние пациента, его физическое, нервно-психическое развитие с правильной постановкой диагноза и этапов выполнения хирургического вмешательства;
 - знает хирургическую анатомию оперируемой области;
 - знает ход оперативного вмешательства, различные виды операций при данной патологии;
 - знает специфическую и неспецифическую профилактику осложнений, как во время выполнения операций, так и профилактики инфекционных осложнений;
 - продемонстрировал владение рядом врачебных манипуляций (анестезию, наложение швов, дренирование клетчаточных пространств);
 - правильно оформил типовую медицинскую документацию (описание операции, заполнил лист назначений);
- Допустимо, если выпускник правильно выполнил все виды заданий своего пакета, но допустил не более двух из нижеследующих ошибок:
- технические неточности при физикальном обследовании пациента;
 - погрешности при оформлении предоперационной концепции;
 - неправильную трактовку 1-2 результатов из дополнительных методов обследования;
 - неточность дозировки препарата листе назначения;
 - неуверенное владение одной из врачебных манипуляций (местной анестезии, завязывание лигатур);

Оценка «не зачтено» ставится в том случае, если ординатор-хирург:

- не сумел правильно оценить выявленные при обследовании пациента данные;
- не знает хирургическую анатомию оперируемой области;
- не знает ход оперативного вмешательства, различные виды операций при данной патологии;
- не знает интерпретации анализов дополнительного обследования;

- 2.2.8. Результаты II этапа государственного экзамена заносятся в протокол государственной итоговой аттестации.
- 2.2.9. Ординаторы, получившие оценку «не зачтено» не допускаются к III этапу итоговой государственной аттестации.
- 2.3. Этап третий – устное собеседование**
- 2.3.1. К III этапу итоговой государственного экзамена допускаются ординаторы, успешно прошедшие I и II этап государственной итоговой аттестации.
- 2.3.2. III этап государственного экзамена проводится в форме собеседования по вопросам дисциплин основной профессиональной образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности *врача-хирурга*.
- 2.3.3. Подготовка ординатора к III этапу государственного экзамена включает:
- повторение пройденного теоретического материала по дисциплинам учебного плана;
 - консультации на кафедре.
- 2.3.4. Каждый ординатор получает 2 теоретических вопроса и 1 ситуационную задачу. На подготовку к ответу отводится 45 минут; в процессе подготовки запрещено пользоваться техническими средствами (компьютерами, телефонами), справочными и информационными материалами.
- 2.3.5. Члены государственной экзаменационной комиссии проводят устное собеседование с ординатором проводится в течение 20 минут.
- 2.3.6. По результатам собеседования экзаменационная комиссия выставляет оценку, руководствуясь следующими критериями:
- Оценки «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.
 - Оценки «хорошо» заслуживает ординатор, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординаторам, показавшим систематический характер знаний по специальности и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе профессиональной деятельности.
 - Оценки «удовлетворительно» заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебно-программного материала в объеме, необходимом для профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординаторам, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.
 - Оценка «неудовлетворительно» выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.
- 2.3.7. Результаты собеседования объявляются выпускнику в тот же день после оформления протокола заседания государственной экзаменационной комиссии.

2.4. Итоговая оценка

- 2.4.1. Выставление итоговой оценки за государственный экзамен осуществляется на основе принципов объективности, справедливости, всестороннего анализа уровня

освоения компетенций выпускника.

2.4.2. По завершении экзамена проводится обсуждение на закрытом заседании государственной экзаменационной комиссии, на котором членам комиссии принимается решение и большинством голосов при обязательном присутствии председателя комиссии выпускнику выставляется окончательная итоговая оценка. При равном числе голосов председатель государственной экзаменационной комиссии (или заменяющий его заместитель председателя комиссии) обладает правом решающего голоса.

2.4.3. Итоговая оценка за государственный экзамен является комплексной. При выставлении итоговой оценки принимаются результаты тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования.

2.4.4. Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

2.4.5. Критерии итоговой оценки:

- Оценки «отлично» заслуживает выпускник, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, демонстрирующий клиническое мышление, владеющий методами диагностики, принципами лечения, реабилитации больных, оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях, умеющий ориентироваться в профессиональной среде, вести аргументированную дискуссию.

- Оценки «хорошо» заслуживает выпускник, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные экзаменом задания, владеющий на достаточном уровне сформированности компетенциями в области всех видов деятельности, определенных ФГОС ВО.

- Оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, обнаруживший знание учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей профессиональной деятельности, но допускающий неточности в отдельных видах заданий, предусмотренных программой экзамена, имеющий слабое развитие отдельных компетенций, владеющий на уровне пороговой сформированности компетенциями.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой экзамена заданий; у выпускника не сформированы компетенции, характеризующие профессиональную деятельность врача.

2.4.6. Итоговая отметка проставляется в протокол заседания комиссии и зачетную книжку ординатора, в которых расписываются председатель и члены государственной экзаменационной комиссии.

2.4.7. По результатам итоговой государственной аттестации комиссия принимает решение о присвоении выпускнику квалификации «врач -хирург» и выдаче документа государственного образца.

Приложение 1

Оценочные средства для проведения итоговой государственной аттестации ординаторов по специальности 31.08.67 «Хирургия».

1. Перечень тестовых заданий

Банк тестовых заданий для итоговой государственной аттестации сформирован в количестве 640 штук и хранится в электронном виде на сервере центра медицинской симуляции, аттестации и сертификации. Ординатор имеет возможность самостоятельного пробного тестирования с неограниченным количеством попыток до момента начала I этапа государственного экзамена.

2. Перечень практических заданий для оценки практических навыков и умений (25 штук).

Врач-хирург по окончании ординатуры должен уметь выполнять:

1. венесекцию, внутривенные вливания;
2. катетеризацию мочевого пузыря;
3. зондирование желудка;
4. лапаропарацентез; пункцию заднего свода влагалища;
5. остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны;
6. аппендэктомию;
7. грыжесечение при несложненной и ущемленной грыже;
8. ушивание перфоративного отверстия желудка и кишечника;
9. наложение гастро- и еюностомы;
10. наложение гастроэнтероанастомоза, резекция желудка при язвенной болезни и раке;
11. устранение тонко- и толст кишечной непроходимости, наложение колостомы;
12. резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец и бок в бок;
13. санацию и дренирование брюшной полости при перитоните;
14. холецистостомию, холецистэктомию, наружное дренирование общего желчного протока;
15. остановку внутрибрюшного кровотечения, спленэктомию, ушивание раны печени;
16. операцию Троянова-Тренделенбурга;
17. геморроидэктомию;
18. вскрытие абсцесса и флегмоны мягких тканей;
19. ампутацию конечности;
20. наложение эпицистостомы;
21. выполнить ректороманоскопию;
22. выполнить этапы лапароскопического исследования брюшной полости;
23. участвовать в выполнении папиллосфинктеротомии и вирсунготомии и извлечения камней из протоков;
24. выполнить установку зонда для питания;
25. произвести дренирование брюшной полости, желчного пузыря, забрюшинного пространства;
26. удалить доброкачественное новообразование подкожной клетчатки.

3. Перечень вопросов для собеседования (65 вопросов для собеседования)

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Особенности течения у лиц пожилого возраста, детей, беременных..
2. Анаэробная хирургическая инфекция. Клиника, диагностика, лечение.
3. Гемоторакс: причины, классификация, клиника, диагностика, тактика.
4. Грыжи живота. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения грыж.
5. Варикозная болезнь нижних конечностей. Диагностика, лечение. Принципы склерохирургии. Реабилитация больных после оперативного лечения варикозной болезни.
6. Шок. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
7. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика, лечение. Аппендикулярный инфильтрат.
8. Острый тромбоз нижних конечностей. Посттромботическая болезнь (ПТБ). Диагностика, классификация, консервативное и хирургическое лечение. Осложнения ПТБ.

9. Ущемленные грыжи живота. Причины. Клиника, диагностика, лечение.
10. Кардиоспазм и ахалазия кардии. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Клиника, диагностика, лечение. Органосохраняющие операции при ЯБЖ и ДПК. Организация диспансеризации больных с ЯБЖ и ДПК в РФ.
12. Облитерирующие заболевания аорты и ее ветвей. Причины. Классификация хронической ишемии нижних конечностей. Клиника, диагностика, принципы лечения. Организация диспансеризации и экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями сосудов в поликлинике.
13. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Стеноз привратника. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных с осложненной (ЯБЖ и ДПК) после хирургического лечения.
14. Неспецифический аорто-артериит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
15. СПИД. Группы риска. Особенности хирургической помощи у пациентов со СПИД.
16. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Перфоративная язва. Клиника, диагностика, лечение.
17. Травмы живота. Классификация. Комбинированная и сочетанная травма. Принципы диагностики и лечения.
18. СПИД. Группы риска. Способы диагностики и профилактики. Особенности течения ургентной абдоминальной хирургической патологии у пациентов со СПИД.
19. Желудочно-кишечные кровотечения. Причины. Классификация. Клиника, диагностика. Современное консервативное и хирургическое лечение. Особенности лечения варикозных и неварикозных кровотечений из верхних отделов ЖКТ.
20. Артериальные тромбозы и эмболии. Классификация острой ишемии нижних конечностей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
21. Пневмоторакс. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
22. Болезни оперированного желудка (БОЖ). Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных с БОЖ.
23. Портальная гипертензия. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения. Достижения современной хирургии в лечении портальной гипертензии. Трансплантация печени в РФ.
24. Макрогематурия. Диагностика и лечебная тактика.
25. Желчнокаменная болезнь. Холециститы. Клиника, диагностика. Современные методы лечения. Реабилитация больных с патологией билиарной системы после оперативного лечения.
26. Осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Механическая желтуха. Клиника, диагностика, лечение. Особенности лечения больных пожилого возраста. Малоинвазивная хирургия в лечении осложнений (ЖКБ).
27. Гнойные заболевания кисти и пальцев. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
28. Повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, принципы лечения.
29. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Классификация. Современные возможности диагностики и лечения. Организация экспертизы нетрудоспособности в поликлинике этой категории больных.
30. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения ГПОД.
31. Острая задержка мочеиспускания, причины, варианты ее разрешения.
32. Перитонит. Причины. Классификация. Клиника, диагностика. Современные методы консервативного и хирургического лечения.

33. Рак легкого. Причины. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
34. Почечная колика, дифференциальная диагностика с острыми хирургическими заболеваниями. Купирование колики.
35. Острый панкреатит (ОП). Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Современная интенсивная терапия ОП. Применение малоинвазивной хирургии в лечении острого панкреатита. Реабилитация больных с заболеваниями поджелудочной железы.
36. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Причины. Классификация. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
37. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
38. Опухоли пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Роль хирургической школы А.Г. Савиных.
39. Заболевания щитовидной железы. Клиника, диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения.
40. Дивертикулы пищевода. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Особенности течения аппендицита во время беременности.
42. Принципы предоперационной подготовки больных в экстренной хирургии. Принципы парентерального питания в хирургии.
43. Хирургический сепсис. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Современные принципы лечения.
44. Опухоли толстой кишки. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
45. Принципы предоперационной подготовки больных в плановой хирургии. Принципы парентерального питания в хирургии.
46. Остеомиелит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Современные принципы лечения.
47. Рак толстой кишки. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения рака толстой кишки. Особенности течения и тактики при раке левой и правой половины толстой кишки.
48. Нагноительные заболевания легких. Клиника, диагностика, лечение.
49. Рак прямой кишки. Классификация. Причины. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
50. Принципы послеоперационного ведения хирургических больных. Парантеральное питание.
51. Нагноительные заболевания плевры. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Неопухольевые заболевания прямой кишки. Классификация. Причины. Клиника, диагностика, лечение.
53. Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
54. Синдром диабетической стопы. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
55. Синдром Лериша. Особенности клиники. Диагностика, лечение.
56. Заболевания средостения. Клиника, диагностика, лечение.
57. Принципы страховой медицины. Позитивные и негативные стороны современной системы медицинского страхования.
58. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
59. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
60. Основные показатели работы хирургического отделения, их определение. Управление этими показателями.

61. Механическая желтуха и гнойный холангит. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Ожоги, рубцовые сужения пищевода.
63. Принципы организации экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности в РФ.
64. Аневризмы аорты и артерий. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
65. Легочное кровотечение. Причины. Классификация. Диагностика, принципы лечения.

4. Перечень ситуационных задач (15 задач)

Задача: 1. Больной 20 лет был прооперирован по экстренным показаниям по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция была выполнена через 2 суток от начала заболевания. С самого начала послеоперационного периода у больного отмечалась гектическая температура и другие признаки интоксикации. Через 2 суток состояние резко ухудшилось и стало критическим. Жалобы на боли в правом подреберье. Признаки тяжелой гнойной интоксикации. Подъемы Т до 39,0С и выше. Озноб. Пс. до 120 в 1 мин. Спутанное сознание. При осмотре: живот вздут, симптомы раздражения брюшины отрицательные. В правом подреберье определяется увеличенная и болезненная печень. Появилась и нарастает желтуха. Олигурия. Лейкоциты крови - 36.000 на мкл. Л-формула: Э1, Ю5, П 16, С 72, М 2, Л 4. Вопрос.

1. О каком осложнении идет речь в данном случае?
2. В чем должно заключаться лечение?

Задача: 2. У больной 25 лет, во время акта дефекации внезапно возникли боли в правой подвздошной области. Боли носили выраженный характер. Начало болей сопровождалось кратковременным обмороком. Через 3 часа от начала заболевания больная была доставлена в дежурную больницу с диагнозом острый деструктивный аппендицит. При поступлении: жалобы на сильные постоянные боли в правой подвздошной и паховой области. Слабость. Сильное головокружение, из-за которого больная может только лежать. При осмотре: Пс.-110 слабого наполнения. АД - 80/40 мм.рт.ст. Кожные покровы бледные. Живот резко болезненный в правой подвздошной области и внизу живота, там же имеются симптомы раздражения брюшины. Вопрос:

1. Согласны ли вы с диагнозом, который поставил врач скорой помощи? С каким диагнозом надо дифференцировать аппендицит у данной больной?
2. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики могут вам помочь в диагностике?
3. В чем должно заключаться лечение данного заболевания?

Задача: 3. Больной 18 лет, внезапно почувствовал болевые ощущения в области эпигастрия, тошноту, была рвота. Постепенно боли опустились в низ живота. Одновременно появился частый жидкий стул, температура поднялась до 38,5. Боли постепенно нарастали. Больной самостоятельно обратился в дежурную больницу через 6 часов от начала заболевания. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пс.- 90 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, включая правую и левую подвздошные области и зону над лоном. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. После осмотра больного разными врачами было высказано сразу несколько диагностических предположений включающих пищевую токсикоинфекцию, дизентерию и острый аппендицит.

Вопрос.

1. Скажите, действительно ли описанная выше клиника может соответствовать острому аппендициту?
2. Что является типичным, а что нетипичным для аппендицита в клинической картине?
3. Чем можно объяснить такие нехарактерные клинические проявления аппендицита.
4. Какие симптомы, лабораторные и инструментальные методы должны быть использованы для уточнения диагноза?
5. В чем должно заключаться дальнейшее лечение этого больного?

Задача: 4. Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клевни»

Вопрос.

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

Задача: 5. Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль.литр, прямой - 110 мкмоль.литр. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удается из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.

Вопрос.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?
3. Что такое интероперационная холангиография?
4. Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?

Задача: 6. Больной 35 лет, направлен в дежурную больницу с диагнозом язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Жалобы: Рвота съеденной пищей и выпитой жидкостью. Чувство тяжести в эпигастрии после еды. Потеря в весе в течение последнего месяца 5 кг. Из анамнеза: Болеет язвенной болезнью 6 лет, сезонные обострения. Последние годы обострение язвенной болезни всегда сопровождаются частой рвотой, которая, тем не менее, прекращается у больного после консервативной противоязвенной терапии. После первичного осмотра хирург высказал сомнения в наличии у больного стеноза и предположил обычное обострение язвенной болезни. Назначено обследование

Вопросы.

1. Назовите признаки, которые подтверждают наличие у больного язвенного стеноза

при проведении обследования в виде:

- * Осмотр и физикальное обследование живота.
 - * ФГДС
 - * Р-скопия, Р-графия
 - * Общий анализ крови.
 - * Биохимические показатели крови.
2. Каким образом классифицируется язвенный стеноз?
 3. Какие существуют способы лечения язвенного стеноза?

Задача: 7.

У больного оперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, ознобы. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно нижняя граница легких несколько приподнята, определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX-X межреберья. При рентгеноскопии грудной клетки отмечено наличие жидкости в правом синусе, подъем правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности. Температура тела колеблется от $37,8^{\circ}$ и $38,5^{\circ}$.

Вопросы.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Какими дополнительными исследованиями его можно уточнить?
3. Какая лечебная тактика?

Задача: 8.

У больного 48 лет, страдающего язвой 12-перстной кишки, боли в животе приняли резкий характер, стали беспокоить на протяжении суток, пропала зависимость от времени приема пищи, времен года, появилась иррадиация в поясницу. Рентгенологически выявлена большая язва 12-перстной кишки, расположенная на задней стенке. При исследовании желудочного сока определена желудочная секреция с высокими цифрами кислотности.

Вопросы.

1. О каком осложнении заболевания можно думать?
2. Какая лечебная тактика?

Задача: 9.

Больной, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время больной похудел, что он связывает с боязнью есть из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпигастральной области резко болезненное образование. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см. Стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены. Исследование этой области чрезвычайно болезненно.

Вопросы.

Какой диагноз?

1. С каким заболеванием необходимо дифференцировать?
2. Лечебная тактика.

Задача: 10

Больной 30 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась

нарастающая слабость, головокружение, Утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Большой бледен. В эпигастральной области очень небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы.

1. Какое осложнение язвенной болезни наступило?
2. Какие дополнительные исследования применить?

Задача: 11

В приемное отделение доставлен мужчина 37 лет, через 8 часов с момента заболевания. Во время работы почувствовал резкую боль в эпигастрии. Имевшаяся под рукой сода, бесалол и анальгин облегчения, как ранее это бывало, не дали. Ранее был диагностирован гастрит с повышенной кислотностью. Болевые ощущения вначале возникли в эпигастрии, стали распространяться по всей правой половине живота, усиливались при перемене положения тела. С течением времени боли приобрели тупой характер, но распространились по всему животу, больше в нижних отделах. При осмотре: кожные покровы бледноватые, язык сухой, обложен белым налетом, пульс 78 в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм.рт.ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявляется, живот правильной формы, умеренно напряжен во всех отделах, печеночная тупость сохранена, при перкуссии выявляется болезненная точка в эпигастрии. В отлогих местах притупление. Симптом раздражения брюшины во всех отделах слабо положительные.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Объем оперативного вмешательства при наличии показаний к нему?
3. Выбор способа операции?

Задача: 12.

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. При исследовании брюшной полости патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не обнаружено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3,7 и 11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы?
3. В чем состоит лечебная тактика?

Задача: 13.

Больной 50 лет, год назад перенесший инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге, появившихся внезапно за сутки до поступления. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бледные, с "мраморным рисунком", холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном отсутствуют, пассивные - сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы - отсутствует.

Вопросы.

1. Какой развернутый диагноз заболевания?
2. Как лечить больного?

Задача: 14.

У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, появилось чувство тяжести в желудке после еды, отрыжка тухлым, периодически возникает рвота съеденной накануне пищей. Состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий. Определяется натощак "шум плеска". При рентгеноскопии установлено, что желудок значительных размеров, начальная эвакуация замедлена, пилородуоденальный отдел сужен; в луковице двенадцатиперстной кишки на задней стенке имеется "депо" бариевой взвеси. Через 12 часов часть бариевой взвеси остается в желудке.

Вопросы.

1. Какой развернутый диагноз заболевания?
2. Какова лечебная тактика?

Задача: 15.

У больной 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой руке, чувство онемения, похолодания в предплечье, кисти. Через 3 часа боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое, но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 минуты отмечается ее побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройства чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в средней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях не определяется.

Вопросы.

1. Какое заболевание развилось у больной? Какова его причина?
2. Какое лечение показано больной по поводу этого заболевания?
3. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

? Какие фазы раневого процесса принято выделять в настоящее время:

- + воспаление
- + регенерация и пролиферация
- гидратация
- дегидратация
- + реорганизация рубца и эпителизация

? Для фазы воспаления в течении раневого процесса характерно:

- + изменение проницаемости стенок сосудов
- восполнение грануляционной тканью раневого дефекта
- + миграция лейко-, эритро- и тромбоцитов в область раны
- контактная ингибция пролиферации эпителиоцитов
- + синтез основного вещества и набухание коллагеновых волокон

? Для фазы регенерации и пролиферации в течении раневого процесса характерно:

- ацидоз
- + замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами

- + восполнение раневого дефекта грануляционной тканью
- + действие ингибитора пролиферации эпителиоцитов
- уменьшение содержания воды в рубцовой ткани

? Для фазы реорганизации рубца в течении раневого процесса характерно:

- + перестройка богатой коллагеновыми волокнами рубцовой ткани
- + приобретение рубцовой тканью устойчивости на разрыв
- + уменьшение содержания воды в рубцовой ткани
- миграция лейкоцитов в область раны
- замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами

? Основной симптом сотрясения мозга

- + ретроградная амнезия
- усиление рефлексов
- учащение пульса
- расширение зрачков
- глубокое ритмичное дыхание

? Что показано делать при выраженном резком повышении внутричерепного давления?

- введение раствора глюкозы
- + спинномозговая пункция
- введение уротропина
- введение раствора поваренной соли
- кровопускание

? Основное лечебное мероприятие при развитии симптомов сдавления мозга

- постельный режим
- дегидратационная терапия
- внутривенное введение новокаина
- + трепанация черепа
- мероприятия по усилению диуреза

? Основной симптом ушиба мозга

- головокружение
- головная боль
- рвота
- учащение пульса
- + выпадение функции одного из участков мозга

? В каких случаях баллотирует средостение ?

- лечебный пневмоторакс
- + клапанный пневмоторакс
- закрытый пневмоторакс
- открытый травматический пневмоторакс
- дренаж плевральной полости

?Окклюзионная повязка применяется при

- переломах ребер
- + открытом пневмотораксе
- капиллярном кровотечении
- венозном кровотечении
- повреждении мягких тканей

? Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается

- + с дренажа плевральной полости
- с трахеостомии
- с блокады межреберных нервов
- с обездвижения грудной клетки
- с блокады диафрагмального нерва

? Симптомом какого повреждения является истечение ликвора из уха после черепно-мозговой травмы?

- ушиба головного мозга
- сотрясения головного мозга
- перелома свода черепа
- + перелома основания черепа
- внутричерепного кровотечения

? Какие три классических типа заживления раны существуют?

- + первичное натяжение
- + под струпом
- быстрое
- длительное
- + вторичное натяжение

? Что характерно для термического ожога II степени?

- обратимая сосудистая реакция
- + отслойка эпидермиса и поражение кожи до сосочкового слоя
- некроз верхушки сосочкового слоя
- некроз всей толщи кожи
- обугливание кожи

? Для отморожения III степени характерно

- обратимое расстройство кровообращения кожи
- некроз поверхностного слоя кожи с отслойкой эпидермиса
- + некроз всей толщи кожи
- некроз костей
- образование пузырей

? Какие выделяют пути экзогенной бактериальной контаминации ран?

- + контактный
- лимфогенный
- гематогенный
- + аэрогенный
- + имплантационный

? Какие выделяют пути эндогенной бактериальной контаминации ран?

- через нестерильный хирургический инструмент
- + проникновение непосредственно из полого органа
- через руки медперсонала
- + проникновение из гнойно-воспалительного выпота брюшной полости
- + с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов

? Что следует предпринять в первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии?

- иммобилизация конечности
- введение сердечных и сосудосуживающих средств
- введение наркотиков для обезболивания
- + наложение жгута на конечность
- наложение повязки на рану конечности

? Каким из перечисленных способов Вы воспользуетесь для остановки паренхиматозного кровотечения?

- давящая повязка
- + тампонада
- сосудистый шов
- лигирование кровоточащих сосудов
- оставление постоянного зажима на кровоточащем сосуде

? При осколочном ранении правого бедра раненому наложена на рану давящая повязка. Через полчаса во время транспортировки повязка на бедре сбилась и из раны появилось обильное кровотечение пульсирующей струей алой крови. Как следует именовать такое кровотечение?

- наружное первичное артериальное
- + наружное раннее вторичное артериальное
- наружное позднее вторичное артериальное
- наружное раннее вторичное венозное
- наружное позднее вторичное венозное

? К физическим методам антисептики относятся:

- + термическая стерилизация
- + лучевая стерилизация
- дренаж ран силиконовыми дренажами
- + ультразвуковая стерилизация
- ультрафиолетовое облучение ран

? Организационные мероприятия асептики включают:

- + внедрение одноразового белья, перчаток, шовного материала, инструментария
- + дезинфекция рук персонала перед каждым контактом с больным и после него
- + выявление и санация бактерионосителей в стационаре
- использование антибиотиков
- обработка операционных ран эффективными антисептиками

? Для проведения химической антисептики в настоящее время используются следующие вещества:

- + поверхностно-активные вещества
- антибиотики
- + спирты
- вакцины
- + окислители

? К физической антисептике относятся:

- + создание в ране условий, неблагоприятных для развития бактерий
- + создание в ране условий, благоприятных для более полного удаления раневого отделяемого

- + уменьшение всасывания токсинов и продуктов распада тканей
- иссечение некротизированных девитализированных тканей
- рассечение раны

? При каком виде кровотечения существует реальная опасность воздушной эмболии?

- артериальное кровотечение (ранение бедренной артерии)
- артериальное кровотечение (ранение лучевой артерии)
- капиллярное кровотечение
- венозное кровотечение (ранение вен голени)
- + венозное кровотечение (ранение вен шеи)

? Использование закрытого аспирационно-промывного метода для лечения ран позволяет:

- + добиться более полного удаления раневого отделяемого
- + предохранить раны от вторичного микробного обсеменения
- усилить глубину проникновения лекарственного средства
- добиться быстрого, одномоментного удаления всех девитализированных тканей
- + создать благоприятные условия для заживления раны

? При каком виде кровотечения наблюдается пенистая кровь?

- носовое
- пищеводное
- желудочное
- + легочное
- кишечное

? При пальцевом прижатии раненной бедренной артерии возможно следующее осложнение

- сепсис
- жировая эмболия
- воздушная эмболия
- + продолжающееся кровотечение
- гангрена конечности

? При правильно наложенном артериальном жгуте отмечают

- синюшность кожных покровов
- повышение температуры тела ниже наложения жгута
- кровотечение из раны
- + отсутствие пульса на периферических сосудах
- отсутствие всех видов чувствительности ниже жгута

? Оптимальная температура хранения консервированной крови

- -2°C
- -1°C
- $0-1^{\circ}\text{C}$
- + $+2-6^{\circ}\text{C}$
- $-8-12^{\circ}\text{C}$

? При ультразвуковой обработке раны происходит:

- + ускорение процесса отторжения некротизированных тканей
- стерилизация раневой поверхности
- + уменьшение степени бактериальной обсемененности раневой поверхности
- одномоментное удаление всех некротизированных тканей

+ увеличение глубины проникновения лекарственного средства в ткани раны

? Для проведения биологической антисептики в настоящее время используют:

- + антибиотики
- поверхностно-активные вещества
- + вакцины
- + иммуноглобулины
- окислители

? В биологической антисептике выделяют:

- + поверхностную антисептику
- + глубокую антисептику
- смешанную антисептику
- + местную антисептику
- + общую антисептику

? За счет чего при массивных переливаниях крови может произойти остановка сердца и дыхания?

- большого количества влитой жидкости
- распада эритроцитов
- избытка вводимого белка
- + избытка лимонно-кислого натрия
- избытка плазмы

? Комбинированная антибиотикотерапия используется в хирургии при:

- + генерализованных формах раневой инфекции
- + перитоните
- стафилококковой флегмоне
- + сепсисе
- обширном стафилококковом абсцессе мягких тканей

? Чем характеризуется фибринолиз?

- повышением вязкости крови
- + понижением свертываемости крови
- повышением свертываемости крови
- понижением ломкости сосудов
- ни одной из указанных причин

? Какие кровезаменители производят из крови человека?

- гидролизин
- + аминокровин
- желатиноль
- полиглокин
- сыворотку Беленького

? Показаниями для профилактического применения антибиотиков в хирургии являются:

- + операции у пациентов с первичными и вторичными иммунодефицитами
- + операции, связанные с имплантацией инородного материала (сосудистые трансплантаты, клапаны сердца и т.д.)
- + операции на органах брюшной полости, связанные со вскрытием просвета полого органа
- операции, связанные с удалением варикозно-расширенных вен нижних конечностей

- плановые грыжесечения

?Какие условия должны быть соблюдены для успешного проведения антибиотикопрофилактики в хирургии?

- + возбудители должны быть чувствительны к избранным для профилактических целей препаратам
- + препараты надо вводить так, чтобы обеспечить оптимальный контакт с микробами
- + антибактериальный агент должен быть свободен от побочных эффектов
- необходимо применять только препараты группы резерва
- необходимо применять только препараты широкого спектра действия

?Какие формы местной антибиотикотерапии различают?

- эндолимфатическая
- + инфильтрационная
- + антибактериальный дренаж грудной полости
- инсталляция в полости растворов антибиотиков
- внутримышечная антибиотикотерапия

?Антибиотики, используемые для местной терапии, должны:

- не обладать способностью к диффузии
- + не оказывать повреждающего действия на ткани
- + не нарушать пролиферацию соединительной ткани
- не обладать широким спектром действия
- + не вызывать воспаления и отеков

?Какие из фаз в течении послеоперационной болезни выделяют в настоящее время?

- + фаза травматизации
- фаза воспаления
- фаза регенерации и пролиферации
- + переходная фаза
- + анаболическая фаза
- + фаза восстановления утраченной мышечной и жировой ткани

? В каких элементах крови содержится резус-фактор?

- плазма
- сыворотка
- лейкоциты
- тромбоциты
- + эритроциты

? У пострадавшего в результате острой кровопотери и тяжелого шока возникло состояние агонии. Каким методом Вы будете ему переливать кровь?

- внутривенно капельно
- внутривенно струйно
- внутрикостно
- + внутриартериально
- внутриаортально

? Для фазы травматизации тканей в течение послеоперационной болезни характерно:

- + катаболический тип обмена веществ
- + перераспределение воды и электролитов между "водными средами"
- выделение общего азота с мочой не превышает 3 г в сутки

- процессы анаболизма преобладают над процессами катаболизма
- + преимущественный расход эндогенной энергии

? Анаболическая фаза течения послеоперационной болезни характеризуется:

- + восстановлением мышечной массы
- лизисом белков и накоплением продуктов их распада
- активизацией гормональной системы
- + восстановлением азотистого баланса
- + поступление экзогенной энергии превосходит потребление организма

? Минимальная температура, вызывающая гибель спорозоносных бактерий

- 60°C
- 80°C
- 100°C
- + 120°C
- 140°C

? Какой из методов контроля за стерилизацией является самым достоверным?

- метод Микулича
- плавление серы
- плавление антипирина
- плавление бензойной кислоты
- + метод бактериологического контроля

? Парами формалина следует стерилизовать

- режущие инструменты
- резиновые перчатки
- + инструменты с оптическими системами
- марлевые салфетки
- шприцы

? Основными причинами дегидратации являются:

- избыточная инфузия растворов
- олигурия
- + полиурия
- + высокая температура тела и обильное потение
- + депонирование жидкости в третьем пространстве

? В настоящее время оперативные пособия с учетом степени риска бактериального загрязнения ран делятся (по классификации Альтмайера):

- + чистые
- контаминированные
- условно чистые
- потенциально контаминированные
- + загрязненные
- + грязные

? Лапаро-, цисто- и торакоскопы следует стерилизовать

- кипячением
- автоклавированием
- текучим паром
- в сухожаровой камере

+ в парах формалина

? К общим немикробным этиологическим факторам нагноения послеоперационных ран относятся:

- + возраст пациента
- утомленность хирурга при длительном оперативном вмешательстве
- + прием гормонов или иммунодепрессантов
- травма краев раны инструментом, бельем и т.д.
- + кахексия больного Выберите комбинацию ответов

? К местным немикробным этиологическим факторам нагноения послеоперационных ран относятся:

- + травматическое обращение с тканями
- эффективный гемостаз
- + частая электрокоагуляция
- использование монофиламентного шовного материала
- + плохое прикосновение и сопоставление краев раны

? Фактором риска нагноения послеоперационных ран является ожирение. Это связано:

- с высокой васкуляризацией жировой ткани
- + с высокой восприимчивостью жировой ткани к бактериальным агентам
- + с большой травматизацией ткани раны
- с неэффективным гемостазом
- + с удлинением времени выполнения оперативного вмешательства

? К экзогенным источникам бактериальной контаминации операционных ран относят:

- бактериально контаминированный экссудат брюшной полости
- + бактерионосительство среди больных и медперсонала
- бактериально контаминированное содержимое во вскрытых полых органах
- + микробная загрязненность рук хирурга
- + микробная загрязненность воздуха операционных залов, палат и перевязочных

? Какой метод контроля за стерилизацией белья в автоклаве (из приведенных) является наиболее надежным?

- + плавление серы
- плавление антипирина
- плавление пирамидона
- плавление резорцина
- метод Микулича

? Благоприятными ультразвуковыми признаками течения раневого процесса после удаления дренажей являются:

- дилатация раневого канала по всей длине или на ограниченном участке
- повышенная эхогенность окружающих тканей
- + сужение раневого канала на следующие сутки после удаления дренажей
- + равномерная эхогенность окружающих тканей и отсутствие в них дополнительных образований
- визуализация раневого канала в виде эхогенной полости в сочетании с его неоднородностью к 3-5-м суткам

? В течение какого времени стерилизуют инструменты в автоклаве при давлении в 1,5 атмосферы?

- 20 мин
- 30 мин
- + 45 мин
- 60 мин
- 90 мин

? Сколько дней можно считать стерильным материал, хранящийся в металлическом биксе, который ни разу не открывался?

- 1 день
- + 2 дня
- 3 дня
- 4 дня
- 5 дней

? Неблагоприятными ультразвуковыми признаками течения раневого процесса после удаления дренажей являются:

- + дилатация раневого канала по всей длине или на ограниченном участке
- + повышенная эхогенность окружающих тканей
- полное исчезновение раневого канала к 6-7-м суткам
- появление в окружающих тканях дополнительных образований
- визуализация раневого канала в виде эхонегативной полоски в сочетании с его неоднородностью к 3-5-м суткам

? К благоприятным эндоскопическим признакам течения раневого процесса относятся:

- + наличие ярко-розовых грануляций
- большое количество фибрина в ране
- + незначительное количество фибрина в ране
- плохо выраженные бледно-розовые грануляции
- + отсутствие некротизированных тканей

? Какой раствор новокаина применяют для анестезии смазыванием?

- 0,25%
- 0,5%
- 1%
- 2%
- + 10%

? К неблагоприятным эндоскопическим признакам течения раневого процесса относятся:

- отсутствие в ране некротизированных тканей
- + плохо выраженные бледно-розовые грануляции
- + наличие значительного количества фибрина в ране
- отсутствие в ране сгустков крови
- + наличие значительного количества экссудата

? При правильном наложении кровоостанавливающего жгута на конечность:

- + венозное кровотечение продолжается некоторое время
- + конечность становится бледной
- конечность становится синюшной
- + пульс дистальнее жгута не определяется
- пульс дистальнее жгута определяется

? В какой стадии наркоза наблюдается расширение зрачка с сохранением живой реакции на свет?

- первая стадия
- + вторая стадия
- третья стадия - 1-й уровень
- третья стадия - 2-й уровень
- третья стадия - 3-й уровень

? В какой стадии наркоза наиболее целесообразно проведение большинства операций при использовании комбинированного наркоза с мышечными релаксантами?

- I стадия
- II стадия
- + III стадия - 1-й уровень
- III стадия - 2-й уровень
- III стадия - 3-й уровень

? Правильная позиция эндотрахеальной трубки в трахее

- трубка введена до отказа вглубь
- манжетка на уровне подвязочного пространства
- + манжетка на уровне голосовой щели
- манжетка на уровне черпаловидных хрящей
- верхний срез трубки у края зубов

? Какие из перечисленных видов кровотечений относятся к наружным скрытым?

- + кровотечение из гастродуоденальных язв
- + маточные кровотечения
- кровотечение при проникающих ранениях в брюшную и грудную полости
- + почечные кровотечения
- гематома мягких тканей
- гемартрозы
- + кишечные кровотечения
- вторичные ранние кровотечения из ушитых послеоперационных ран

? Какова суточная потребность в воде взрослого больного весом 70 кг?

- 1-1,5 литра
- 1,5-2 литра
- 2-2,5 литра
- + 2,5-3 литра
- 3-3,5 литра

? Назовите общие симптомы кровопотери:

- + падение АД
- + тахикардия
- + бледность кожных покровов
- увеличение показателей гематокрита
- + уменьшение содержания гемоглобина
- потеря сознания
- перитонеальная симптоматика при гемоперитонеуме
- + слабость

? К методам временной остановки кровотечений относятся:

- + наложение давящей повязки

- + наложение жгута
- введение в рану гемостатической губки
- + тампонада раны марлевыми тампонами
- тампонада раны мышечной тканью
- электрокоагуляция
- дотирование сосуда
- + наложение кровоостанавливающего зажима
- прошивание сосуда

? При каких заболеваниях противопоказана гастроскопия?

- органический стеноз привратника
- + органический стеноз кардии
- активный туберкулез легких
- гипертоническая болезнь
- выраженная кахексия больного

? В ходе какой из перечисленных операций наиболее вероятно опасность жировой эмболии?

- удаление липомы в области плеча
- + остеосинтез гвоздем бедренной кости
- формирование кожного лоскута на животе по способу Филатова
- вскрытие костного панариция II пальца кисти
- удаление эмбола из бедренной артерии

? Что означает термин "эвентрация"?

- ущемление содержимого грыжевого мешка
- система мероприятий, направленных на предупреждение развития в послеоперационном периоде пареза кишечника
- рассечение стенки желудка
- операция вычленения конечности в тазобедренном суставе
- + выпадение наружу органов брюшной полости через рану брюшной стенки

? В какой концентрации применяют поваренную соль для гипертонической клизмы?

- 1%
- 2%
- 5%
- + 10%
- 20%

? Какова цель паллиативной операции?

- излечение больного
- + облегчение состояния больного
- уточнение диагноза
- завершение многомоментной операции
- какая-либо иная цель, не указанная выше

? Какое из перечисленных повреждений и заболеваний требует максимального сокращения предоперационного периода?

- + колотая проникающая рана грудной клетки, открытый пневмоторакс, шок II степени
- открытый перелом костей голени, шок II степени
- эмболия подколенной артерии
- рак антрального отдела желудка

- флегмона плеча

?Когда следует проводить бритье кожи перед плановой операцией?

- за двое суток до операции
- за сутки до операции
- вечером накануне операции
- + утром в день операции
- непосредственно перед началом операции на операционном столе

?Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха показано при:

- капиллярном кровотечении из мышечной ткани
- + кровотечении при повреждении бедренной артерии
- + кровотечении при повреждении лучевой артерии
- выраженном кровотечении вследствие повреждения вен предплечья
- выраженном венозном кровотечении при открытом переломе голени

? При каком заболевании может развиваться "холодный абсцесс"?

- остеомиелите
- пандактилите
- + туберкулезном коксите
- фурункулезе
- актиномикозе

? Что по внешнему виду напоминает сибирязвенное воспаление?

- лимфангит
- лимфаденит
- абсцесс
- флегмону
- + карбункул

?Панариций в форме запонки - это

- + подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис
- сухожильный панариций
- паронихий
- костный панариций
- суставной панариций

?Какие из перечисленных состояний способствуют склонности организма к кровотечению?

- + влияние медикаментов
- + лучевые поражения
- состояние после спленэктомии
- заболевания сосудов, приводящие к замедлению кровотока
- + недостаток витаминов К, В12, фолиевой кислоты
- ДВС-синдром (1-я фаза)
- + токсикоинфекционная патология
- + гипербилирубинемия

? К биологическим методам остановки кровотечения относятся:

- + интероперационная тампонада раны собственными тканями
- + переливание крови
- + переливание плазмы, тромбоцитарной массы, фибриногена

- введение препаратов адреналина
- введение ингибиторов фибринолиза (аминокапроновой кислоты)
- + введение витаминов
- + местное применение гемостатической губки, фибринных пленок

? Рецидивирующая рожа нижних конечностей часто осложняется

- остеомиелитом
- + лимфостазом
- сепсисом
- тромбозом
- периоститом

? У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова Ваша лечебная тактика?

- разрез и тампонада полости абсцесса с антисептиками
- + пункция абсцесса, отсасывание гноя и введение в полость абсцесса соответствующего антибиотика
- согревающий компресс с мазью Вишневского на область абсцесса
- ультрафиолетовое облучение гнойника
- рентгенотерапия

? К общим симптомам гемоперикардума относятся:

- расширение зоны сердечной тупости
- + бледность
- + снижение содержания гемоглобина в крови
- резкое падение сердечной деятельности
- повышение центрального венозного давления
- + тахикардия

? Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за мучительных болей. Ваша тактика при лечении такого больного

- спиртовые ванночки и компрессы
- повязки с мазью Вишневского
- УВЧ и кварцевое облучение
- пенициллин внутривенно
- + разрез

? Укажите главное в лечении столбняка

- всякое лечение бесполезно
- + введение больших доз противостолбнячной сыворотки
- лечение спазмолитиками
- лечение антибиотиками
- лечение многократным введением анатоксина

? Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется гнойной инфекцией?

- злокачественные опухоли
- пороки сердца
- + сахарный диабет
- хроническая почечная недостаточность
- актиномикоз

? Место обычной локализации гидраденита

- + подмышечная впадина
- паховая складка
- шея
- спина
- лицо

? Общими симптомами гемоторакса являются:

- одышка
- ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки
- перкуторная тупость на стороне поражения
- ослабление дыхательных шумов и голосового дрожания на стороне поражения
- + бледность кожных покровов
- + прогрессирующее падение АД
- + тахикардия

? Какие обстоятельства могут способствовать вторичному раннему кровотечению из операционной раны?

- + соскальзывание лигатуры с сосуда
- + кровотечение из мелких нелигированных сосудов
- + гипербилирубинемия
- переливание консервированной крови
- + резкое повышение АД
- аррозия сосудов вследствие нагноения раны
- местное применение холода с целью уменьшения болей

? Что такое пандактилит?

- гнойное воспаление ногтя
- гнойное воспаление околоногтевого ложа
- гнойное воспаление сухожильного влагалища
- гнойное воспаление кости фаланги пальца
- + гнойное воспаление всех тканей пальца

? Что называют флегмоной?

- гнойное воспаление потовых желез
- гнойное воспаление сальных желез
- ограниченное воспаление подкожной клетчатки
- + разлитое воспаление подкожной клетчатки
- воспаление со скоплением гноя в суставе

? Каким микроорганизмом вызывается рожа?

- + стрептококк
- стафилококк
- гонококк
- синегнойная палочка
- вульгарный протей

? Что такое гидраденит?

- воспаление сальных желез
- + воспаление потовых желез
- воспаление волосяного мешочка
- воспаление лимфатического сосуда
- воспаление лимфатического узла

? Что такое паронихия?

- воспаление всех тканей пальца
- + воспаление околоногтевого ложа
- воспаление ногтевого ложа
- воспаление межфалангового сустава
- воспаление сухожильного влагалища пальца

? При проникающих ранениях живота в первую очередь должны быть оперированы раненые:

- Находящиеся в шоке;
- С разлитым перитонитом;
- С эвентрацией внутренних органов;
- + С внутрибрюшным кровотечением;
- Находящиеся в бессознательном состоянии.

? Причиной вторичного позднего кровотечения является:

- Повышение артериального давления;
- + Гнойное расплавление тромба;
- Ликвидация спазма сосуда;
- + Аррозия стенки сосуда;
- Ранение сосуда;
- Соскальзывание лигатуры.

? Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- Линейный разрез
- Дугообразный разрез
- + Иссечение гнойника
- Крестообразный разрез

? Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра:

- Пожилой возраст больных
- Остеопороз
- Сопутствующие заболевания
- + Отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения в бедренной кости в момент перелома
- Сложность иммобилизации гипсовой повязкой

? При надпоясничной флегмоне ладони не наблюдается:

- Отек
- Гиперемия
- + Флюктуация
- Нарушение функции
- Гипертермия

? Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию

- + Синдрома Рейно
- Умеренной анемии
- Замедленного СОЭ
- Наличия 1 группы крови

? Возникновению послеоперационного перитонита способствует все, кроме:

- Недостаточности швов
- Инфицирования брюшной полости во время операции
- Некроза ткани культи дистальнее лигатуры (при больших культиях)
- Недостаточно тщательного гемостаза
- + Продолжительности операции до 2,5-3 часов

? Определите основные показатели, характеризующие кровотечение тяжелой степени:

- Частота пульса больше 120 ударов в минуту
- Систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.
- + НВ ниже 80 г/л
- + Дефицит ОЦК больше 20%
- + Дефицит ГО больше 30%

? Что такое паллиативная операция

- + Операция, ликвидирующая угрожающий жизни основной симптом заболевания
- Устраняющая патологический очаг
- Наиболее простая по технике выполнения
- Любая операция, выполненная по поводу сопутствующего заболевания
- Неправильно выбранная операция

? Какие мероприятия необходимо проводить при лечении отморожений в дореактивный период:

- Согревание пораженного участка тела в воде
- Согревание переохлажденного участка тела теплым воздухом
- Согревание переохлажденного участка тела растиранием
- + Полная изоляция переохлажденного участка тела от внешнего теплового воздействия
- + Применение сосудорасширяющих средств
- + Введение теплых инфузионных растворов
- + Новокаиновые блокады

? Что следует выполнить в первые сутки после переливания больному крови:

- + Наблюдение дежурного врача
- + Трехкратное измерение температуры тела через 1 час
- + Общий анализ мочи
- + Клинический анализ крови
- Сохранить часть перелитой крови

? С чего следует начинать лечение первичного очага при сепсисе?

- + Хирургическая обработка раны
- Применение протеолитических ферментов
- Гипербарическая оксигенация
- Тампонирование раны
- Ушивание раны

? Можно ли перелить 1 л крови I группы реципиенту с IV группой?

- Да
- Только по жизненным показаниям при отсутствии одногруппной крови
- + Нет

? О чем свидетельствует выявление следующих симптомов при пальпации живота. Шум плеска в эпигастрии, выявляемый через 5-10 минут после еды.

- + Симптом выявляется в норме
- В брюшной полости имеется свободная жидкость
- Имеется стеноз привратника
- Имеется большое количество газов в толстом кишечнике (метеоризм у больного с колитом)
- В толстом кишечнике имеется жидкое содержимое и газы (напр. у больного с острым энтеритом)

? Какие структурные элементы поражаются при фурункуле?

- + Волосяной фолликул
- + Сальная железа
- Мышцы
- Потовая железа
- + Подкожная клетчатка.

? Какие осложнения могут встретиться при проведении местной анестезии с помощью новокаина:

- + Аллергическая реакция
- Острая печеночная недостаточность
- Случайное интравазальное введение препарата
- + Коллапс
- + Остановка дыхания

? Какие слои кожи повреждаются при ожоге III степени:

- Эпидермис
- + Сетчатый слой
- Сосочковый слой
- Подкожно-жировая клетчатка

? Опасность перехода гнойного процесса на предплечье возникает при панарициях:

- + I пальца
- II пальца
- III пальца
- IV пальца
- + V пальца

? К методам временной остановки кровотечений относятся:

- + Наложение давящей повязки
- + Наложение кровоостанавливающего жгута
- Введение в рану гемостатической губки
- Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
- Лигирование сосуда
- + Наложение кровоостанавливающего зажима
- + Прошивание сосуда

? Что является границей между верхним и нижним этажами брюшной полости:

- Горизонтальная плоскость, проведенная через нижние края реберных дуг
- Горизонтальная плоскость, проведенная через пупок
- + Поперечная ободочная кишка и ее брыжейка
- Малый сальник
- Большой сальник

? Какие обстоятельства могут способствовать вторичному раннему кровотечению из послеоперационной раны:

- + Соскальзывание лигатуры с сосуда
- + Кровотечение из мелких нелигированных сосудов
- Местное применение холода с целью уменьшения боли
- + Гипербилирубинемия
- + Резкое повышение артериального давления
- Аррозия сосуда вследствие нагноения раны
- Переливание консервированной крови