

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.
Пирогова Минздрава России
(Пироговский Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.67 Хирургия

Этап программы ординатуры

Первый этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры факультетской хирургии № 1 Института хирургии

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Сажин Александр Вячеславович	д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН	Заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 ИХ, директор Института хирургии
2	Ивахов Георгий Богданович	д.м.н., доцент	Профессор кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ, заместитель директора Института хирургии
3	Нечай Тарас Вячеславович	д.м.н., доцент	Профессор кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ, заместитель директора Института хирургии
4	Ефремова Оксана Игоревна	к.м.н.	Доцент кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ, заместитель директора Института хирургии
5	Попов Павел Александрович	к.м.н.	Доцент кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры протокол от «19» мая 2026 г. № 7.

Заведующий кафедрой
Сажин

_____ А.В.

© Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	6
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	7
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	92
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	94

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в первом этапе программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-хирург (медицинская помощь в амбулаторных условиях)» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению первого этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения первого этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в первом этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить медицинское обследование пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и устанавливать диагноз в амбулаторных условиях
	ПК-2. Способен назначать лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контролировать его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях
	ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов в амбулаторных условиях
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения в амбулаторных условиях
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в амбулаторных условиях

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: сбора и интерпретации данных анамнеза, оценить результаты комплексного обследования пациента, сформулировать предварительный диагноз, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, выявить и интерпретировать патологические изменения, описать методику дифференциальной диагностики пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, составить дифференциальный ряд заболеваний и (или) состояний на основе ведущих клинических симптомов и синдромов и установить клинический диагноз, предложить дальнейшую тактику ведения пациента в амбулаторных условиях, описать методику выполнения основных амбулаторных манипуляций, определить показания к медицинской реабилитации, оценить состояние и провести экспертизу временной нетрудоспособности, определить профилактические мероприятия и сроки диспансерного наблюдения. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков,

	полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	К преимуществам местной (инфильтрационной и регионарной) анестезии в амбулаторных условиях относятся следующие утверждения:
	отсутствие токсического влияния наркотических анестетиков на ЦНС
	быстрое восстановление автономности пациента после операции
	достижения максимально необходимой релаксации мышц
	предупреждение развития бронхоспазма
	достижения максимально необходимой релаксации мышц
2	Основным показанием к применению местного анестетика из группы амидов длительного действия в амбулаторной хирургии является
	необходимость немедленного (в течение 30 секунд) наступления эффекта
	обеспечение продолжительного послеоперационного обезболивания
	проведение поверхностной терминальной анестезии слизистых оболочек
	необходимость гидравлической препаровки тканей
	проведение экстренной ПХО у пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью
3	В основе сепсиса лежит реакция организма в виде
	ответа острой фазы на бактериальную инфекцию
	эндотоксемии
	системного воспаления на инфекцию различной природы
	нестабильности гемодинамики

	локального воспаления на инфекцию различной природы
4	Иррадирующая боль возникает как следствие сокращения или растяжения органа депрессии
	передачи импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	наличия патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	неустановленной причины
5	Основной причиной висцеральной боли является спастические сокращения или растяжение органа депрессия
	передача импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	наличие патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	неустановленная причина
6	Соматическая боль является следствием спастических сокращений или растяжения органа депрессией
	передачи импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
	наличия патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов
	неустановленной причины
7	Основным показанием к добавлению адреналина (эпинефрина) в раствор местного анестетика при амбулаторных операциях является:
	профилактика аллергических реакций немедленного типа
	необходимость снижения pH раствора для уменьшения болезненности вкола
	пролонгация действия анестетика и уменьшение кровоточивости тканей
	снижение риска развития ишемических осложнений в области концевых фаланг пальцев
	купирование психомоторного возбуждения пациента перед операцией
8	Основным показанием к выбору местной инфильтрационной анестезии при операциях на подкожной клетчатке является:
	необходимость обезболивания всей анатомической зоны одной инъекцией
	наличие выраженного гнойного воспаления непосредственно в зоне разреза
	высокий риск случайного внутрисосудистого введения препарата
	небольшой объем и поверхностный характер хирургического вмешательства
	планируемая продолжительность операции более 3–4 часов
9	Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к следующим антибактериальным препаратам:
	метронидазолу
	пенициллину
	левомицетину
	гентамицину
	меронему
10	Важной особенностью MRSA-штаммов является высокая частота ассоциированной устойчивости к препаратам следующих групп:
	линкозамины
	фторхинолоны
	аминогликозиды
	фузидиевая кислота
	оксазолидиноны
	гликопептиды

11	Для антимикробной терапии инфекций, вызванных MRSA, используют:
	цефалоспорины 3 поколения;
	аминогликозиды;
	ципрофлоксацин;
	ванкомицин;
	линезолид
12	Неоправданное назначение антибактериальных препаратов системного действия повышает риски:
	нежелательных побочных эффектов
	инфицирования Clostridioides difficile
	селекции антибиотикорезистентности
	повышения летальности
	сепсис-индуцированной гипоперфузии
13	Резидентная флора на руках чаще всего представлена
	спорообразующими бактериями
	кишечной палочкой
	грибами
	эпидермальным стафилококком
	золотистым стафилококком
14	Целью хирургической обработки рук является
	уничтожение резидентной флоры
	удаление и уничтожение транзитной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры
	удаление и уничтожение транзитной микрофлоры
	удаление грязи и транзитной микрофлоры
	удаление грязи и резидентной флоры
15	Какие из перечисленных ниже микроорганизмов устойчивы к действию спиртовых антисептиков?
	спорообразующие бактерии
	оболочечные вирусы
	грамотрицательные бактерии
	микобактерии
	грибы
16	Биологическим критерием здорового тела является
	правильные пропорции
	толерантность к сверхнагрузкам
	соответствие формальным критериям анализов
	возможность адекватной физической активности
	позитивное сопоставление представления о себе
17	Продолжительность клинической смерти в нормальных условиях окружающей среды составляет
	1-2 минуты
	5-6 минут
	10-15 минут
	до 20 минут
	до 2 часов
18	Укажите, какие из нижеперечисленных методик относятся к местной анестезии:
	транскутанная
	инфильтрационная
	каудальная
	нейролептанальгезия
	ингаляционная
19	К физической антисептике относится следующий метод
	первичная хирургическая обработка раны
	удаление некротических тканей из раны

	дренирование раны тампоном
	промывание раны антисептиком
	повязка на рану с ферментсодержащей мазью
20	Преимуществом метода местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому («метод ползучего инфильтрата») является:
	возможность использования сверхвысоких концентраций анестетика
	гидравлическая препаровка тканей, облегчающая дифференцировку анатомических структур
	продолжительное действие препарата до 12–24 часов
	полное блокирование проведения импульсов по магистральным нервным стволам
	отсутствие необходимости учета топографо-анатомических особенностей зоны операции
21	К путям эндогенной бактериальной контаминации раны относятся:
	микрофлора желудочно-кишечного тракта
	бактериально контаминированный экссудат брюшной полости
	проникновение через нестерильный хирургический инструмент
	с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов
	проникновение с рук медперсонала
22	К экзогенным источникам бактериальной контаминации операционных ран относят:
	бактериально контаминированный экссудат брюшной полости
	бактерионосительство среди больных и медперсонала
	микрофлора желудочно-кишечного тракта
	микробная загрязненность рук хирурга
	микробная загрязненность воздуха операционных залов, палат и перевязочных
23	Местными анестетиками из группы амидов являются:
	лидокаин
	бензокаин
	бупивакаин
	тетракаин
	новокаин
	ропивакаин
24	Местными анестетиками из группы эфиров являются:
	прокаин
	бензокаин
	тетракаин
	лидокаин
	тримекаин
	бупивакаин
25	Операция, выполняющаяся немедленно после постановки диагноза в связи с угрозой для жизни больного, называется
	экстренной
	радикальной
	одномоментной
	симптоматической
	срочной
26	Абсолютным противопоказанием к экстренной операции является
	агональное состояние
	возраст старше 90 лет
	инфаркт миокарда
	гиперпиретическая лихорадка
	асцит
27	Классификация вмешательств по цели выполнения включает операции таких видов, как
	диагностические и лечебные
	традиционные открытые, эндоскопические, эндоваскулярные и микрохирургические

	радикальные, паллиативные и симптоматические
	традиционные открытые, эксцизионные и инцизионные
	диагностические и лечебные
28	Радикальной операцией можно считать
	операцию, полностью излечивающую от заболевания
	одномоментное вмешательство
	операцию, существенно повышающую качество жизни больного
	операцию, обеспечивающую устойчивую ремиссию хронического заболевания
29	При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить
	контрастное рентгенологическое исследование
	обзорную рентгенографию брюшной полости
	УЗИ брюшной полости
	лапароскопию
	КТ с внутривенным контрастным усилением
30	Для диагностики причины механической желтухи наиболее информативным методом является
	ретроградная холангиография
	внутривенная холецистохолангиография
	КТ с внутривенным контрастным усилением
	пероральная холецистография
	сцинтиграфия печени
	ретроградная холангиография
31	При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдают предпочтение следующему показателю
	дефициту глобулярного объема
	уровню гемоглобина
	гематокритному числу
	дефициту объема циркулирующей плазмы
	уровню ферритина
32	Перед переливанием свежзамороженной плазмы проводят следующую пробу
	биологическую пробу
	определение групповой и резус совместимости
	пробу на индивидуальную совместимость
	пробу на резус-совместимость
	пробу с полиглобулином
33	Для выявления конкрементов в желчном пузыре показано проведение
	ультразвукового исследования брюшной полости
	ретроградной холангиографии
	ангиографии сосудов желчного пузыря
	внутривенной холецистохолангиографии
	обзорной рентгенографии брюшной полости
34	Хирургическое вмешательство без согласия больного возможно в следующих случаях:
	имеется заключение психиатра о недееспособности больного
	отказ от операции угрожает жизни пациента
	имеются абсолютные показания к экстренному вмешательству
	имеют место настойчивые просьбы родственников о необходимости операции при отказе от операции со стороны дееспособного больного
	отказ от операции угрожает жизни пациента в бессознательном состоянии
35	Для проведения лапароскопических вмешательств в брюшную полость инсуффлируют
	углекислый газ
	кислород
	воздух
	закись азота

36	При лапароскопических операциях обычно используют внутрибрюшное давление, равное
	12 мм.рт.ст.
	8 мм.рт.ст.
	24 мм.рт.ст.
	18 мм.рт.ст.
	28 мм.рт.ст.
37	Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной
	500 мл
	1000 мл
	1500 мл
	2000 мл
	2500 мл
38	Для гиповолемии характерно значение центрального венозного давления
	менее 60 мм вод ст.
	от 60 до 120 мм вод ст.
	от 130 до 180 мм вод ст.
	от 190 до 240 мм вод ст.
39	Противопоказаниями к переливанию крови относятся:
	декомпенсация сердечной деятельности
	септический эндокардит
	шок
	хирургическая инфекция
	тяжелое нарушение функции печени
	гипотония
40	Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между
	плазмой реципиента и кровью донора
	плазмой донора и кровью реципиента
	форменными элементами крови реципиента и кровью донора
	форменными элементами крови донора и реципиента
	плазмой реципиента и кровью донора
41	Клиническая картина острой гемолитической реакции, встречающаяся при трансфузии эритроцитов, характеризуется развитием
	внутрисосудистым гемолизом перелитых эритроцитов
	острой почечной недостаточностью
	отека легких
	повышенной кровоточивостью
	острой печеночной недостаточностью
42	К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся проверка на совместимость
	групповую, индивидуальную, биологическую
	групповую, индивидуальную, резус-совместимость
	групповую, биологическую, келл-совместимость
	индивидуальную, биологическую
43	К критериям эффективности (через 48–72 часов после начала) этиотропной антибактериальной терапии при гнойных заболеваниях мягких тканей в амбулаторных условиях относятся:
	регресс перифокального отека и гиперемии кожи
	очищение раны и появление жизнеспособных грануляций
	значительное снижение интенсивности болевого синдрома в области раны
	увеличение уровня лейкоцитов в общем анализе крови
	нарастание инфильтрации краев раны и появление гнилостного запаха
44	Антибиотикопрофилактику проводят для предотвращения развития

	послеоперационной раневой инфекции
	инфекции мочевыводящих путей
	вентилятор-ассоциированной пневмонии
	катетер-ассоциированной инфекции
45	Препаратом первого выбора (стартовой эмпирической терапии) при остром неосложненном гнойном заболевании кожи и подкожной клетчатки в амбулаторных условиях является
	цефтазидим
	амоксциллин + клавулановая кислот
	метронидазол
	линкомицин
	ципрофлоксацин
46	Назначение системной антибактериальной терапии НЕ показано в амбулаторной практике при:
	вскрытии флегмоны, осложненной лимфангитом и лимфаденитом
	лечении панариция у пациента с сахарным диабетом 2-го типа
	гладком течении послеоперационного периода после иссечения неосложненной атеромы спины
	лечении гнойной раны без признаков системной воспалительной реакции
47	Какова правильная тактика амбулаторного хирурга при отсутствии клинического эффекта от стартовой эмпирической антибиотикотерапии через 72 часа?
	увеличить дозу принимаемого антибиотика в два раза
	продолжить текущую терапию еще на 5 дней до кумуляции эффекта
	добавить к лечению второй антибиотик той же группы
	выполнить забор отделяемого раны на биограмму
48	Для местного лечения инфицированной раны в I фазе раневого процесса (фаза воспаления и выраженной экссудации) на амбулаторном приеме показано применение:
	мазей на жировой (ланолин-вазелиновой) основе для стимуляции эпителизации
	мазей на водорастворимой полиэтиленгликолевой основе (гидрофильных) и сорбирующих повязок
	спиртовых растворов антисептиков высокой концентрации непосредственно на дно раны
	порошкообразных антибиотиков для создания плотной сухой корки (струпа)
	масляных растворов витаминов для ускорения созревания коллагена
49	При перевязке гранулирующей раны во II фазе раневого процесса главным принципом местного лечения является:
	продолжение активного дренирования раны гипертоническим раствором натрия хлорида
	защита нежной грануляционной ткани от травматизации, высыхания и поддержание влажной среды
	ежедневный грубый механический кюретаж дна раны для стимуляции кровотока
	применение агрессивных некролитических ферментов для профилактики рецидива гноя
	наложение тугой давящей повязки для механического сдавления грануляци
50	При наличии у пациента глубокой раны с обильным, жидким гнойным отделяемым, оптимальным выбором интерактивного перевязочного материала будет:
	прозрачная полупроницаемая пленочная повязка
	альгинатная повязка (кальция альгинат)
	сухая марлевая салфетка, плотно зафиксированная лейкопластырем
	гидроколлоидная повязка
	коллагеновая губка с ростовыми факторами
51	Использование здорового образа жизни в профилактике и лечении неинфекционных патологий целесообразно
	у онкологических пациентов
	у женщин детородного возраста
	у пожилых
	у соматически неотягощенных пациентов
	у всех групп пациентов
52	Какие компоненты включает здоровье по определению Всемирной организации здравоохранения?

	национальное здоровье
	физическое здоровье
	социальное здоровье
	государственное здоровье
	психологическое здоровье
53	Рекомендации врачей по здоровому образу жизни
	черпают данные в основном из альтернативной и комплементарной медицины
	черпают данные только из доказательной медицины
	сочиняются врачом из чистого разума
	являются сложным продуктом медицинских и общекультурных представлений
54	Что такое здоровый образ, стиль жизни?
	это механическая совокупность действий человека в конкретной ситуации
	это репрезентация в поведении человека определённой идеи здоровья
	это соответствие поведения человека рекомендациям Минздрава
	это вид правового поведения человека
	бодипозитивизм
55	Основным механизмом действия макролидных, линкозамидных и стрептограминовых антибиотиков (МЛС группа) является
	ингибирование биосинтеза белка на рибосомах
	нарушение функций цитоплазматической мембраны
	ингибирование синтеза клеточной стенки
	ингибирование ДНК-зависимой РНК-полимеразы
56	Основной мишенью действия фторхинолонов является
	ДНК-гираза у грамотрицательных микроорганизмов, топоизомераза у грамположительных микроорганизмов
	ДНК-гираза у грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов
	топоизомераза у грамотрицательных микроорганизмов, ДНК-гираза у грамположительных микроорганизмов
	топоизомераза у грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов
57	Первичная оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через
	12-24 часа
	48-72 часа
	96-120 часов
	24-36 часов
58	Максимальная длительность приема антибактериальных препаратов интраоперационно в целях профилактики составляет
	2 суток
	1 сутки
	3 суток
	4 суток
59	Выделяют следующие фазы раневого процесса:
	воспаление
	реорганизация рубца и эпителизация
	регенерация и пролиферация
	гидратация
	дегидратация
	инфицирование
60	К понятию хирургической обработки раны относится
	рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция
	промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков
	смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков

	удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, тампонирование раны
61	Проведение первичной хирургической обработки раны противопоказано в случае
	состояния травматического шока IV степени
	наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение)
	наличия точечной раны с венозным кровотечением
	раны с ровными краями и наличия аллергии на местные анестетики
62	К видам первичной хирургической обработки ран относятся:
	ранняя
	срочная
	отсроченная
	поздняя
	плановая
63	Первичная хирургическая обработка ран показана в следующих случаях:
	раны, прикрытой сгустком
	ссадины, царапины
	загрязненные раны
	повреждения резанного типа
	мелких и неглубоких поверхностных порезов
64	Вторичной хирургической обработкой раны называется
	хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки
	хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения
	наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1 - 3 дня назад
	пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки
65	Первыми клиническими признаками эритематозной рожи являются
	чувство жжения и боль в месте поражения
	четко очерченная гиперемия кожи с ее инфильтрацией
	выраженная гиперемия без отека подкожной клетчатки
	максимальная болезненность при пальпации в центре очага
66	Для раны в III фазе характерен следующий признак
	яркие грануляции
	отек тканей
	фибринозные налеты
	гнойный экссудат
	эпителизация
67	Для раны в II фазе характерен следующий признак
	яркие грануляции
	отек тканей
	некроз тканей
	гнойный экссудат
	эпителизация
68	К неспорообразующим возбудителям анаэробной инфекции относятся:
	Fusobacterium
	Clostridium perfringens
	Clostridium septicum
	Clostridium histolyticum
	Bacteroides
69	Симптомом аэробной инфекции является

	резкая гиперемия кожи в области поражения
	снижение температуры тела
	бледно-цианотичный оттенок окраски кожи в области поражения
	выраженный отек тканей вокруг пораженной области
70	Для флегмоны характерно
	нагноение без четких границ
	наличие полости с гноем, окруженной капсулой
	понижение температуры тела
	отсутствие болезненности в зоне патологического очага
71	К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относится
	вскрытие гнойного очага
	ограниченное введение жидкости
	внутримышечное введение антибиотиков
	переливание крови
72	Выберите правильное определение термина «Сепсис»
	патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую), приводящая к остро возникающей органной дисфункции
	патологическое состояние, характеризующееся выраженными циркуляторными, клеточными, метаболическими нарушениями, которые обуславливают повышение риска летального исхода
	наличие инфекционного очага с или без клинических проявлений синдрома системной воспалительной реакции
	повышенная температура тела (>37,8 °C в ротовой полости или или >38,2 °C ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека
	выделение микроорганизмов из крови
73	Выберите правильное определение термина «Септический шок»
	патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую), приводящая к остро возникающей органной дисфункции
	патологическое состояние, характеризующееся выраженными циркуляторными, клеточными, метаболическими нарушениями, которые обуславливают повышение риска летального исхода
	наличие инфекционного очага с или без клинических проявлений синдрома системной воспалительной реакции
	повышенная температура тела (>37,8 °C в ротовой полости или или >38,2 °C ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека
	выделение микроорганизмов из крови
74	В диагностики сепсиса важно выявление следующих изменений:
	выявление очага инфекции
	уровень прокальцитонина > 0,5 нг/мл
	уровень прокальцитонина < 0,5 нг/мл
	уровень С-реактивного белка > 24 мг/л
	уровень С-реактивного белка < 24 мг/л
75	С целью ускорения заживления раны в фазе регенерации используется
	вторичные швы
	диализирующее мембранное устройство
	вакуумирование раны
	первично-отсроченный шов
76	Заживлению раны первичным натяжением способствует
	активация фибринолиза
	наличие в ране дренажа
	адаптация краев раны
	образование серомы
	лизирование гематомы

77	Заживление ран вторичным натяжением — это заживление
	посредством гранулирования
	без натяжения
	с сосудистой реакцией
	путем эпителизации
	после хирургической обработки
78	В механизме контракции при заживлении раны решающую роль играют
	фибробласты
	макрофаги
	тучные клетки
	эозинофилы
	нейтрофильные лейкоциты
79	Принцип активного хирургического лечения гнойных ран обеспечивает
	сокращение фазы регенерации
	перевод гнойной раны в заживление по типу первичного натяжения
	нормализацию состояния больного
	бактериостатический эффект
	бактерицидное действие
80	Карбункулом называется острое гнойно-некротическое воспаление
	нескольких волосных мешочков и окружающих тканей
	клетчаточных пространств
	нескольких волосных мешочков, сальных желез и окружающих тканей
	сальной железы
	волосного фолликула, сальной железы и окружающей ткани
81	Вторичная деструкция тканей в первой фазе раневого процесса обусловлена
	размерами раны
	возрастом больного
	вирулентностью микрофлоры
	иммунодефицитом
	избыточным отеком
82	Фибробластическая реакция в фазе регенерации раневого процесса обеспечивает
	некролиз
	бактериолиз, протеолиз
	иммунологические реакции
	коллагенез
	выработку гистамина
83	Главным в лечении гнойных ран является
	обработка ран кавитирующим ультразвуком
	устройство трансмембранного дренажа
	антибактериальное лечение
	активное хирургическое вмешательство
	лечение в управляемой абактериальной среде
	первичный шов раны
84	Швы, наложенные на рану спустя 2-3 суток после первичной хирургической обработки раны, до развития в ней грануляций, называются
	провизорными
	первичными
	вторичными ранними
	вторичными поздними
	первично-отсроченными
85	При отсутствии возможности сопоставления краев раны в фазе регенерации выполняют
	первично-отсроченный шов

	первичный шов
	ранний вторичный шов
	аутодермопластика
	лечение в управляемой абактериальной среде
86	Современное лекарственное средство для местного медикаментозного лечения гнойных ран в фазе воспаления в идеале должно обладать следующими свойствами:
	антигистаминным
	некролитическим
	антимикробным
	обезболивающим
	дегидратирующим
87	При выборе местного медикаментозного средства для лечения ран ориентируются на
	общее состояние больного
	степень выраженности воспалительного процесса
	степень реакции регионарных лимфатических узлов
	фазу течения раневого процесса
	степень выраженности перифокальной воспалительной реакции окружающих тканей
88	При анаэробной газовой гангрене могут быть выполнены следующие хирургические операции:
	некротомия
	иссечение пиемических очагов
	широкое рассечение кожи и подкожной клетчатки, фасций
	некрэктомия
	ампутация или экзартикуляция конечности
89	Неспецифическая профилактика столбняка заключается в
	использовании средств экстракорпоральной детоксикации организма
	использовании средств интракорпоральной детоксикации организма
	назначении анаболических гормонов
	ранней и полноценной первичной хирургической обработке ран
	превентивной антибиотикотерапии
90	Специфическая профилактика столбняка заключается во введении
	антирабического гаммаглобулина
	противостолбнячного гаммаглобулина
	противостолбнячного анатоксина и противостолбнячной сыворотки
	противостолбнячного гаммаглобулина и противостолбнячной сыворотки
	противостолбнячной сыворотки
91	Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используют следующие методы:
	сцинтиграфия с радиоактивным технецием
	эзофагогастродуоденоскопия
	рентгеноскопия пищевода и желудка
	мониторирование pH
	компьютерная томография
92	Показанием к оперативному лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
	стриктура пищевода
	неэффективность консервативной терапии в течение 2 недель
	кровотечение из эрозии пищевода
	тотальный эрозивный эзофагит
	наличие H.pylori инфекции
	выявленные моторные нарушения пищевода
93	Наибольшей чувствительностью в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни обладает
	24-часовая pH-метрия
	манометрия
	хромозендоскопия

	эндоскопическое УЗИ
	рентгеноскопия пищевода и желудка
94	I стадия ахалазии кардии характеризуется
	кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании
	постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
	рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода
	декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода
95	II стадия ахалазии кардии характеризуется
	постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
	интермиттирующим спазмом кардиального отдела пищевода
	рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода
	декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода
96	IV стадия ахалазии кардии характеризуется
	кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании
	постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
	рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода
	декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода
97	К эндоскопическим методам лечения ахалазии кардии относятся
	пневмокардиодилатация
	бужирование пищевода
	стентирование пищевода
	интрамуральное введение ботулотоксина
98	При рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде возможно развитие
	рака пищевода
	кровотечения
	перфорации пищевода
	полипоза пищевода
	хронический эзофагит
99	Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать
	на 1-2 сутки
	через 1 месяц
	на 8-9 сутки
	при возникновении стойкой дисфагии
	при неэффективности консервативной терапии
100	Наличие пузырьков воздуха в околопищеводной клетчатке указывает на
	перфорацию пищевода
	эмфизему легких
	дивертикул пищевода
	кардиоспазм
	рефлюкс-эзофагит
101	При резекции желудка по Ру гастроэнтероанастомоз формируют
	на Y-образной петле тонкой кишки
	на длинной петле тонкой кишки
	на короткой петле тонкой кишки
	с двенадцатиперстной кишкой
102	Каков побочный эффект блокаторов H ₂ -гистаминовых рецепторов?
	боль в эпигастрии
	диарея
	метеоризм
	феномен «рикошета»
	формирование атрофического гастрита

103	К компонентам схем эрадикации <i>Helicobacter pylori</i> относятся:
	спазмолитик
	антибиотик
	субцитрат висмута
	антацид
	блокатор протонной помпы
104	Косвенными рентгенологическими признаками язвы желудка являются:
	конвергенция складок слизистой оболочки по направлению к язвенному кратеру
	«ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки
	рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки
	местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной стенке желудка по отношению к язве
	конвергенция складок слизистой оболочки по направлению от язвенного кратера
105	При рентгенологическом исследовании «прямым» признаком язвенной болезни является
	конвергенция складок слизистой оболочки по направлению к язвенному кратеру
	нижний полюс желудка провисает ниже гребешковой линии
	«ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки
	рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки
106	Проведение эндоскопического гемостаза показано в следующих случаях:
	обнаружение тромба в дне язвы
	обнаружение видимого кровеносного сосуда в дне язвы
	активного медленного кровотечения из язвы
	струйного кровотечения из язвы.
	эрозивный гастрит
107	Наиболее частой причиной развития гастроинтестинального кровотечения является
	эрозивный гастрит
	язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки
	портальная гипертензия
	распад опухоли желудка
	эрозивный эзофагит
108	Гемодинамически нестабильному пациенту с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта показаны:
	эндоскопическая остановка кровотечения
	эндоваскулярная артериальная эмболизация
	открытое оперативное вмешательство
	продолжение консервативной терапии
	установка зонда Блекмора
109	ЭГДС пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями от момента госпитализации должна быть выполнена в течение
	первых 30 минут
	первого часа
	первых двух часов
	первых 6 часов
	первых суток
110	Методами диагностики кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:
	селективная ангиография
	эзофагогастроскопия
	МСКТ органов брюшной полости
	УЗИ органов брюшной полости
	рентгенография желудка

111	Методами остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода являются:
	установка зонда Блэкмора
	эндоскопическое клипирование
	резекция желудка
	эндоскопическое лигирование
	селективная эмболизация
112	При какой эндоскопической картине язвенного кровотечения (по Forrest) эндоскопический гемостаз не проводится?
	FI-A
	FI-B
	FII-A
	FII-B
	FII-C
113	Согласно национальным клиническим рекомендациям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки используются следующие инструментальные методы обследования:
	рентгенографии брюшной полости
	рентгенография желудка
	диагностической лапаротомия
	компьютерная томография
114	Ведущим рентгенологическим признаком перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является наличие
	свободного газа в брюшной полости
	складок Керкринга
	свободного газа и затемнение в забрюшинном пространстве вдоль правой большой поясничной мышцы
	симптома перистости
115	Характерным клиническим признаком пенетрирующей язвы желудка является
	иррадиация болей в спину
	«доскообразное» напряжение мышц живота
	боли при пальпации живота
	острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе
	дисфагия
116	Эндоскопическое исследование позволяет выявить
	синдром Меллори-Вейса
	синдром Золингер-Эллисона
	гистологическую форму рака
	протяженность стеноза привратника
117	К задачам, которые необходимо решить при эзофагогастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся:
	выявление кровотечения на момент осмотра и его интенсивность
	определение источника кровотечения
	определение угрозы рецидива кровотечения
	определение объема кровопотери
118	К осложнениям язвенной болезни желудка относятся:
	дуоденостаз
	кровотечение
	пенетрация
	перфорация
119	Выберите оптимальный способ эндоскопического лечения при массивном кровотечении из глубокого язвенного дефекта гастродуоденальной зоны
	аргоноплазменная коагуляция

	местное введение сосудосуживающих препаратов
	местное нанесение пленкообразующих препаратов
	электрокоагуляция
	эндоклипирование
120	Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются:
	диатермокоагуляция или аргонно-плазменная коагуляция
	эндоклипирование
	нанесение аэрозольных пленкообразующих препаратов
	орошение холодowymi агентами
	местное введение сосудосуживающих препаратов
121	Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует с
	возрастом больного
	количеством потерянной крови
	локализацией язвы
	полном
	размерами язвы
122	Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются
	агональное состояние больного
	кровотечение из злокачественной опухоли
	массивное поступление крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа
	невозможность увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз)
123	В каких ситуациях рекомендуется проведение ЭГДС у больных с прободной язвой?
	при подозрении на стеноз пилорoduodenальной зоны или гастрoduodenальное кровотечение
	при признаках перитонита
	при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума)
	при любом подозрении на прободную язву
	при наличии гипертермии
124	В каких случаях применяют консервативный метод лечения прободной язвы?
	невозможность выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента
	у пациентов старше 70 лет
	отсутствие лапароскопической аппаратуры в клинике
	при категорическом отказе пациента и родственников от операции
125	В каких случаях противопоказано ушивание прободного отверстия гастрoduodenальной язвы?
	прободение гигантской или пенетрирующей язвы
	перфорации язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки или кардиального отдела желудка
	подозрение на малигнизацию язвы
	стеноз пилорoduodenальной зоны
	прорезывание швов ушиваемых тканей
	сомнении в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта
126	Метод Тейлора при лечении перфоративной язвы включает следующие компоненты:
	активная назогастральная аспирация желудочного содержимого
	антибактериальная терапия и анальгезия
	неотложное оперативное вмешательство
	дезинтоксикационная терапия
127	Какие инструментальные методы исследования используют при диагностике прободной язвы?
	рентгенологическое исследование
	компьютерная томография брюшной полости
	УЗИ брюшной полости

	доплерография
	электроэнцефалография (ЭЭГ)
	эзофагогастродуоденоскопия
128	При сочетании прободной язвы двенадцатиперстной кишки со стенозом целесообразно выполнение:
	ушивания прободного отверстия с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом
	ушивание прободного отверстия с пилоропластикой
	резекции желудка
	ушивания язвы с проведением назоинтестинального зонда для питания в послеоперационном периоде
	иссечение язвы с выполнением пилоропластики по Финнею
129	Пациенту с прободной язвой и нестабильными показателями жизнедеятельности показано проведение
	лечения по методу Тэйлора
	экстренной лапаротомии
	кратковременной предоперационной подготовки с последующей лапаротомией
	лапароскопического ушивания язвы
130	Решение вопроса об операции у пациента с прободной язвой должно быть принято
	на догоспитальном этапе врачом скорой помощи
	в течение 2-х часов после поступления больного в стационар
	в течение 2-х суток на фоне обезболивающей терапии
	в срочном порядке после полного диагностического поиска
131	Что следует предпринять при обнаружении перфоративной язвы во время эзофагогастродуоденоскопии в поликлинике?
	немедленно вызвать скорую помощь и отправить пациента в хирургический стационар
	назначить обезболивание и антисекреторные препараты и оставить пациента для наблюдения в дневном стационаре
	назначить обезболивание и антисекреторные препараты и отпустить пациента домой
	попытаться через эндоскоп ушить перфорационное отверстие при помощи клипс
132	Причиной появления напряжения мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, возникающей при прободной язве двенадцатиперстной кишки, является
	затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу
	рефлекторные связи через ветви блуждающего нерва
	развитие септического тромбоза верхней брыжеечной вены
	развитие деструктивного процесса в стенке червеобразного отростка в результате воздействия пепсина желудочного сока
133	Больным с декомпенсированным стенозом привратника язвенной этиологии, выраженными водно-электролитными расстройствами и судорожным синдромом, следует произвести
	резекцию желудка после подготовки больного в течение 7-10 дней
	экстренную резекцию желудка с большим и малым сальником
	экстренную гастростомию после нормализации в течение 2-3 суток водно-электролитного баланса
	экстренную резекцию желудка с оставлением большого и малого сальника
134	Для подготовки больного к операции по поводу стеноза выходного отдела желудка язвенного происхождения необходимо выполнить:
	промывание желудка
	внутривенные инфузии аминокислот, гепатопротекторов
	коррекцию диспротеинемии
	энтеральное введение белковых растворов
	введение растворов электролитов
135	К характерным признакам стеноза привратника относят:
	шум плеска натошак
	изжогу
	похудание
	боли в пояснице

	отрыжку «тухлым»
136	При декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка у пациента с высоким анестезиологическим риском оптимальными методами лечения будут:
	стентирование выходного отдела желудка
	установка назоинтестинального зонда
	гастроэнтеростомия
	еюностомия
137	Малигнизацию язвы желудка позволяет заподозрить при выявлении
	язвенной ниши более 2 см в диаметре
	лейкоплакии слизистой
	повышении кислотности желудочного содержимого
	кровотечении
138	Для эндоскопической картины синдрома Мэллори-Вейса характерны следующие признаки:
	излюбленная локализация – передняя стенка кардиоэзофагеального перехода
	края разрывов отечны, пропитаны кровью
	излюбленная локализация – малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагеального перехода
	щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами
	излюбленная локализация – большая кривизна и выходной отдел желудка
139	Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?
	наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита
	наличие маркеров репликации вирусов гепатита В или С
	значительные размеры варикозных узлов
	высокая степень портальной гипертензии
140	Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?
	пожилой возраст больного
	наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита
	прием НПВС
	высокая секреция соляной кислоты
141	От каких факторов зависит цвет рвотных масс при желудочно-кишечном кровотечении?
	локализации источника кровотечения;
	состояния моторики желудочно-кишечного тракта;
	уровня секреции соляной кислоты;
	быстроты развития кровотечения
142	Показания для открытого хирургического вмешательства при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:
	профузное кровотечение
	рецидив кровотечения
	гемодинамически нестабильный пациент
	неудачная попытка эндоскопической остановки кровотечения
143	Самым частым осложнением стрессовой язвы желудка является
	кровотечение
	перфорация
	пенетрация
	малигнизация
144	Риск рецидива кровотечения из язвы желудка оценивают по
	уровню гемоглобина
	длительности язвенного анамнеза
	данным эзофагогастродуоденоскопии
	выраженности реакции кала на скрытую кровь

	волемическому статусу пациента
145	К пострезекционным синдромам относятся:
	синдром малого желудка
	демпинг-синдром
	синдром приводящей петли
	желчный гастрит культи
	сахарный диабет
	желчнокаменная болезнь
146	Для демпинг-синдрома характерна следующая клиническая симптоматика:
	слабость после приема пищи
	диарея
	тошнота
	рвота
	брадикардия
	тахикардия
147	В какой срок наступают необратимые некробиотические изменения кишечника при полном прекращении мезентериального кровотока у пациентов со странгуляционной кишечной непроходимостью?
	через 12 часов
	через 2 часа
	через 6 часов
	через 24 часа
148	В чем заключается польза неоперативного лечения больных с острой кишечной непроходимостью?
	позволяет избежать операции у 50-90% пациентов со спаечной кишечной непроходимостью
	отсрочка операции у пациентов с острой странгуляционной спаечной непроходимостью
	меньшая длительность стационарного лечения по сравнению с оперированными больными
	более низкая летальность и частота осложнений по сравнению с оперированными больными
149	Выберите наиболее предпочтительный вариант лечения пациента с заворотом сигмовидной кишки без очевидных признаков ишемии кишки и перитонита
	расправление заворота с трансанальной декомпрессией кишки
	эндоскопическая деторсия заворота
	сегментарная резекция кишки с первичным межкишечным анастомозом
	обструктивная резекция кишки с выведением колостомы
150	При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с её некрозом, наиболее оправданной операцией будет
	резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»
	деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну
	обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной колостомы
	деторсия кишки и сигмопексия
	левосторонняя гемиколэктомия
151	Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется
	появлением выпота в брюшной полости
	скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
	наличием свободного газа в брюшной полости
	скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
	перфорацией кишки и развитием калового перитонита
152	Дайте корректное определение ранней спаечной кишечной непроходимости
	спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие сутки после абдоминальной операции
	спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 недель после абдоминальной операции
	спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 месяцев после абдоминальной операции

	спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие 7 суток после абдоминальной операции
153	Дайте определение термина «кишечная непроходимость»
	механическая обструкция тонкой кишки
	функциональная или механическая обструкция тонкой или толстой кишки
	функциональная обструкция тонкой или толстой кишки
	механическая обструкция тонкой или толстой кишки
154	Проба с контрастного препарата при острой кишечной непроходимости позволяет оценить:
	эффективность консервативной терапии при острой спаечной тонкокишечной непроходимости
	пассаж контрастного вещества по тонкой кишке
	эффективность консервативной терапии при острой обтурационной толстокишечной непроходимости
	поступление контрастного вещества в толстую кишку
155	КТ-симптомами, указывающими на механический характер кишечной непроходимости, являются:
	симптом «точки перехода»
	наличие проксимальных расширенных и дистальных спавшихся отделов тонкой кишки
	лимфаденопатия брюшной полости
	симптом «тонкокишечных фекалий»
156	При сомнительной жизнеспособности кишки, но без очевидных доказательств ее необратимого ишемического повреждения должна быть выполнена
	обструктивная резекция кишки с последующей программированной релапаротомией и реконструктивной операцией через 24-36 часов
	повторная операция с оценкой жизнеспособности кишки через 24 - 36 часов
	резекция кишки с наложением первичного анастомоза
	обструктивная резекция кишки с постоянной кишечной стомой
157	Какие инструментальные методы применяются для диагностики неопухолевого кишечной непроходимости?
	УЗИ брюшной полости
	КТ брюшной полости
	эндосонография панкреатобилиарной зоны
	обзорная рентгенография брюшной полости
	реовазография
158	Какие клиничко-лабораторные признаки являются показанием к операции на фоне длительного неоперативного лечения пациентов с кишечной непроходимостью?
	сброс по назогастральному зонду более 500 мл к 3-м суткам терапии
	удвоение показателей креатинина крови
	отхождение стула и газов
	сохраняющийся высокий уровень лактата крови на фоне адекватной инфузионной терапии
	удвоение показателей билирубина крови
159	Какие мероприятия включает неоперативное лечение кишечной непроходимости?
	рассечение внутрибрюшных спаек
	профилактика осложнений и контроль показателей гомеостаза
	введение в назогастральный зонд 100-150 мл контрастного препарата
	инфузионная терапия
	назогастральная декомпрессия
	стимуляция кишечной моторики
160	В какой ситуации лечение кишечной непроходимости рекомендовано начинать с неоперативного?
	всем пациентам с кишечной непроходимостью старше 70 лет
	неоперативное лечение у пациентов с кишечной непроходимостью противопоказано
	всем пациентам с кишечной непроходимостью
	стабильным пациентам без признаков кишечной ишемии и перитонита
161	Наиболее характерным УЗ-признаком острой кишечной непроходимости является

	дилатация кишки с формированием уровней жидкости
	«маятникообразное» движение содержимого кишки с расширением ее просвета
	наличие свободной жидкости в брюшной полости
	пневматизация петель кишечника
162	Первичный Рг/КТ-контроль динамики пассажа контрастного препарата у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью проводят после введения в срок не ранее
	8 часов
	12 часов
	24 часов
	36 часов
	2 часов
163	Назовите тактику хирурга при выявлении странгуляции у пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью?
	срочная операция
	консервативная терапия
	динамическое наблюдение
	экстренная операция
164	В случае прекращения пассажа контрастного вещества по кишечнику на обзорной рентгенографии брюшной полости можно думать:
	об отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии
	о положительном эффекте от консервативной терапии
	о наличии частичной кишечной непроходимости
	о наличии полной кишечной непроходимости
165	Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырём и
	двенадцатиперстной кишкой
	тощей кишкой
	слепой кишкой
	малой кривизной желудка
166	Возможными причинами функциональной (динамической) кишечной непроходимости являются:
	прием опиоидов
	уремия
	прием антигистаминных препаратов
	прием антихолинергических препаратов
	прием М-холинолитиков
	прием блокаторов H2-рецепторов
167	Клинико-лабораторными критериями, свидетельствующими о необходимости отказа от консервативного лечения острой кишечной непроходимости в пользу оперативного вмешательства, являются:
	появление или нарастание признаков системной воспалительной реакции
	снижение показателей лактата сыворотки крови
	появление органной дисфункции
	нарастание интенсивности болевого синдрома
	снижение интенсивности болевого синдрома
168	Лабораторными признаками, указывающими на интестинальную ишемию, являются:
	высокий уровень лактата крови
	лейкоцитоз
	низкий уровень лактата крови
	лейкопения
	ацидоз
	алкалоз
169	Показаниями к экстренному оперативному лечению острой кишечной непроходимости являются:

	длительность заболевания более суток
	перитонит
	странгуляционная кишечная непроходимость
	спастическая кишечная непроходимость
170	Характерными КТ-признаками странгуляционной кишечной непроходимости являются:
	повышенное накопления контрастного вещества кишечной стенкой
	«замкнутая» петля кишки
	отек брыжейки кишки
	снижение накопления контрастного вещества кишечной стенкой
	газ в ветвях воротной вены
171	Проба с контрастным препаратом при острой спаечной тонкокишечной непроходимости подразумевает
	введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики причины кишечной непроходимости
	оценка пассажа контрастного вещества по тонкой кишке
	введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики странгуляции
	введение контрастного вещества rectum
172	Укажите рекомендованный вариант проведения пробы с контрастным препаратом при кишечной непроходимости
	водорастворимый контрастный препарат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально
	водорастворимый контрастный препарат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально
	бария сульфат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально
	бария сульфат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально
173	Что является абсолютным противопоказанием к проведению лапароскопического адгезиолизиса при острой спаечной тонкокишечной непроходимости?
	наличие более 2-х операций в анамнезе
	наличие срединной лапаротомии в анамнезе
	риск развития сердечно-легочной недостаточности на фоне карбоксиперитонеума
	наличие разлитого перитонита в анамнезе
174	В каком случае стентирование рассматривают, как окончательный этап лечения обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии?
	при невозможности выполнения резекции пораженного участка кишечника
	при отказе пациента от выведения колостомы
	при выполнении стентирования как этапа подготовке к резекционному вмешательству
	при необходимости проведения химиолучевой терапии
175	В ходе лапаротомии и ревизии по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости, развившейся из-за циркулярной опухоли дистального отдела сигмовидной кишки, ошибочным является выполнение
	операции Гартмана
	резекции сигмовидной кишки с формированием анастомоза
	брюшно-анальной резекции прямой и сигмовидной кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком
	формирование колостомы на вышележащих отделах толстой кишки
	стентирования опухоли
176	Возможным осложнением стентирования опухолевой стриктуры толстой кишки непосредственно во время процедуры является
	рецидив кишечной непроходимости
	миграция стента
	перфорация
	кровотечение
177	Для каких клинических ситуаций характерны симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы?
	илеоцекальная инвагинация

	болезнь Гиршпрунга
	кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью восходящей кишки
	заворот сигмовидной кишки
	кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью сигмовидной кишки
	каловый камень прямой кишки
178	Для клинической картины острой обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии характерны:
	появление тошноты и рвоты на поздних сроках заболевания
	медленное развитие
	появление тошноты и рвоты на ранних сроках заболевания
	выраженные постоянные боли
	схваткообразные боли
	быстрое начало
179	К операции в объёме удаления опухоли ободочной кишки при острой обтурационной кишечной непроходимости следует прибегать в следующих случаях:
	во всех случаях при выполнении лапаротомии
	потенциальный риск неблагоприятного исхода этапного лечения превышает выгоду одноэтапного подхода
	при наличии настоятельного пожелания пациента
	в ситуациях, когда это необходимо для спасения жизни больного
180	Какие заболевания могут вызвать обтурационную непроходимость толстой кишки?
	глистная инвазия
	амебиаз
	заворот сигмовидной кишки
	болезнь Крона
	опухоль сигмовидной кишки
181	Какие патофизиологические процессы приводят к секвестрации и скоплению жидкости и газа в просвете кишки при обтурационной кишечной непроходимости?
	венозная недостаточность кровоснабжения кишечной стенки
	артериальная ишемия кишечной стенки
	резкое угнетение тканевой перфузии
	перерастяжения кишечной стенки
	транслокация кишечной флоры за пределы кишечной стенки
182	Какие факторы из перечисленных могут являться причиной развития паралитической кишечной непроходимости?
	отравление свинцом
	острый панкреатит
	забрюшинная гематома
	травма брюшной полости
	перитонит
183	При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации следует выполнить
	правостороннюю гемиколэктомию
	операцию Гартмана
	колэктомию
	формирование цекстомы
	формирование илеостомы
184	При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии компенсации следует выполнить
	правостороннюю гемиколэктомию
	операцию Гартмана
	колэктомию
	формирование цекстомы

	формирование илеостомы
185	Клиническими проявлениями компенсированной опухолевой обтурационной кишечной непроходимости являются:
	периодически возникающая задержка стула
	выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизации толстой кишки
	периодически возникающее затруднение отхождения газов
	выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости чаш Клойбера
	выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости единичных уровней жидкости
186	Оптимальным сроком для применения метода стентирования опухолевой стриктуры от момента начала манифестирующей клинической картины острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии является
	3 – 4 сутки
	10 – 12 сутки
	12 – 14 сутки
	5 – 10 сутки
187	В каких ситуациях возможно изолированное консервативное антибактериальное лечение при остром аппендиците?
	острый аппендицит с исходом в аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования
	при отказе пациента от предложенной операции
	в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах
	при наличии отграниченного периаппендикулярного абсцесса
	при любой форме острого неосложненного аппендицита
188	На 7-е сутки после лапароскопической аппендэктомии пациент пришел на прием к хирургу поликлиники. При осмотре: в области одного из троакарных проколов отмечается гиперемия, локальный отек и болезненность. Кожа над ним горячая. Ваша тактика:
	назначить курс системной антибиотикотерапии, швы не снимать
	направить пациента обратно в стационар, где выполнялась операция
	выполнить полуспиртовой компресс и назначить явку через 3 дня
	снять швы, развести края раны, эвакуировать экссудат, дренировать и промыть антисептиком
189	Рекомендованными методами диагностики у беременных с подозрением на острый аппендицит являются:
	эндоскопическая ультрасонография слепой кишки
	МРТ органов брюшной полости
	обзорная рентгенография брюшной полости
	УЗИ органов брюшной полости
	КТ органов брюшной полости
190	Выберите факторы риска развития послеоперационного абсцесса у больных, оперированных по поводу острого аппендицита
	ожирение
	женский пол
	разлитой фибринозно-гнойный перитонит
	перфорация аппендикса
	продолжительность операции более 90 минут
191	Для острого аппендицита характерны следующие симптомы:
	локальная боль в правой подвздошной области
	появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
	появление боли в области правого подреберья при легком поколачивании внутренним краем кисти по реберной дуге справа
	тошнота и однократная рвота
	смещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область в первые часы после начала заболевания
	появление локальной болезненности в левой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке

192	Для течения острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте характерны
	более частая встречаемость первично-гангренозной формы
	стертая клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации
	частое абортное течение с быстрым купированием при консервативном лечении
	более быстрое развитие осложнений
	преобладание болевого синдрома и слабая выраженность интоксикации
193	Оптимальный срок от установления диагноза острого аппендицита до оперативного вмешательства у пациента без органной дисфункции
	не более суток
	не более 2 часов
	6 - 12 часов
	2 - 6 часов
194	Существенными предрасполагающими факторами развития острого аппендицита являются:
	пожилой возраст пациента
	патогенная микрофлора в червеобразном отростке
	нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка
	тромбоз аппендикулярной артерии
	беременность
195	Оптимальным способом обработки брыжейки червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является
	пересечение острым путем
	пересечение при помощи монополярной электрокоагуляции
	поэтапное лигирование и пересечение
	клипирование и пересечение
196	Оптимальным объемом операции у пациента с острым флегмонозным аппендицитом является
	лапароскопическая аппендэктомия дренирование брюшной полости
	традиционная аппендэктомия из срединного лапаротомного доступа
	традиционная аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову
	лапароскопическая аппендэктомия
197	Преимуществами лапароскопической аппендэктомии по сравнению с традиционной при остром аппендиците являются:
	меньшая выраженность боли в послеоперационном периоде
	лучший косметический эффект
	более короткий период пребывания в стационаре и восстановления работоспособности
	снижение операционно-анестезиологического риска у пожилых пациентов с сердечно-легочной патологией
198	Симптом Воскресенского при остром аппендиците – это
	значительное усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку
	появление или усиление боли в правой подвздошной области при поднимании выпрямленной правой ноги
	усиление локальной болезненности при легком постукивании кончиком пальца в правой подвздошной области
	появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
	появление локальной болезненности в левой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
199	Симптом Ровзинга при остром аппендиците – это
	появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
	усиление локальной болезненности при легком постукивании кончиком пальца в правой подвздошной области

	значительное усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку
	усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на противоположной стороне брюшной стенки
200	Симптом Образцова характерен для
	острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка
	острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка
	острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка
	эмпиемы червеобразного отростка
	острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка
201	Пациент выписан из стационара на 3-и сутки после неосложненной лапароскопической аппендэктомии под наблюдение хирурга поликлиники. Какова ориентировочная средняя продолжительность временной нетрудоспособности (включая дни стационара) при неосложненном течении?
	5–7 дней
	10–14 дней
	21–28 дней
	до 45 дней
202	КТ-признаками острого аппендицита являются:
	гомогенный выпот в малом тазу
	уплотнение и слоистость стенки червеобразного отростка
	увеличение размеров червеобразного отростка и толщины его стенки
	утолщение и инфильтрация брыжейки червеобразного отростка
	«замкнутая» петля
203	Флегмона забрюшинного пространства при остром аппендиците может развиваться в случае
	ретроперитонеального расположения червеобразного отростка
	переднего подпечёночного расположения червеобразного отростка
	местного перитонита в правой подвздошной области
	ретроцекального расположения червеобразного отростка
204	В случае выявления аппендикулярного инфильтрата показано
	консервативное лечение
	оперативное лечение – аппендэктомия
	оперативное лечение – дренирование и тампонирование брюшной полости
	оперативное лечение – лапароскопическая аппендектомия
	оперативное лечение – аппендэктомия с ревизией органов, вовлеченных в инфильтрат
205	Аппендикулярный инфильтрат обычно формируется
	на 3–4 сутки с момента заболевания
	в первые двое суток от начала заболевания
	на 7–9 сутки от начала заболевания
	через 2–4 недели после аппендэктомии
206	Пилефлебит обычно является осложнением
	деструктивного аппендицита
	прободной язвы желудка
	некроза тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
	заворота тонкой кишки
	тромбоза печеночных вен
207	У больного, 52 лет, на второй день после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения основного заболевания можно думать в первую очередь?
	пилефлебит
	абсцесс печени
	подпеченочный абсцесс

	поддиафрагмальный абсцесс
	правосторонняя нижнедолевая пневмония
208	В кишечной петле, несущей свищ, различают
	восходящую петлю
	нисходящую петлю
	отводящую петлю
	приводящую петлю
209	В классификации кишечного свища, по степени сформированности, выделяют
	несформировавшиеся
	полные
	сформировавшиеся
	частичные
	зрелые
210	В классификации кишечного свища, по типу сообщения, различают
	внутренние
	наружные
	неспецифические
	смешанные
	специфические
211	Радикальным оперативным пособием при кишечных свищах является
	отключение отводящей петли кишки, несущей свищ
	отключение приводящей петли кишки, несущей свищ
	резекция кишки, несущей свищ с формированием энтероэнтероанастомоза
	формирование илеостомы
212	К компонентам местного лечения кишечных свищей относятся:
	аспирация кишечного содержимого
	вакуумная терапия (VAC-терапия)
	гомеопатия
	дренирование отводящей петли
	обтурация резиновыми трубками
213	Клиническая картина флегмоны передней брюшной стенки возле кишечного свища характеризуется:
	болями в ране
	лейкоцитозом
	петехиальной сыпью
	повышением температуры выше 38°C
214	Консервативное лечение кишечных свищей включает следующие компоненты:
	нутритивная поддержка
	первичная хирургическая обработка
	предупреждение/лечение инфекционных осложнений
	устранение метаболических нарушений
	отключение приводящей петли кишки, несущей свищ
215	Какие методы инструментальной диагностики являются наиболее значимыми у пациентов с тонкокишечными свищами?
	УЗИ органов брюшной полости
	ЭГДС
	колоноскопия
	КТ органов брюшной полости и малого таза
	фистулоэнтерография
216	Какой из перечисленных тонкокишечных свищей никогда не закрывается на фоне консервативной терапии?
	толстокишечный

	сформированный
	трубчатый
	губовидный
217	Предпочтительным вариантом хирургического лечения непаразитарных кист печени является
	лапароскопическая фенестрация кисты
	анатомическая резекция печени
	атипичная резекция печени
	пункционно-дренирующий способ
218	К радикальным вариантам хирургического лечения эхинококковых кист печени относятся:
	перицистэктомия
	капитонаж
	открытая эхинококкэктомия
	пункционно-дренирующий способ
	резекция печени
219	Предпочтительным вариантом хирургического лечения абсцессов печени является
	пункционно-дренирующий способ
	резекция печени
	лапаротомия, наружное дренирование
	радиочастотная абляция
220	Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, развиваются при
	остром тяжелом холангите
	нагноении непаразитарной кисты печени
	остром деструктивном холецистите
	остром флегмонозном аппендиците
221	Наиболее частой локализацией эхинококковых кист печени является
	правая доля печени
	левая доля печени
	обе доли
	первый сегмент
222	Для остановки небольшого по объему кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используют
	баллонную тампонаду зондом Блейкмора
	баллонную тампонаду зондом Линтона-Нахласса
	эмболизацию кровоточащей артерии
	эндоскопическое лигирование или склерозирующую терапию варикозно расширенных вен пищевода
223	Оптимальным способом вторичной профилактики рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода I-II степени при циррозе печени класса А и В и умеренной портальной гипертензией является
	баллонная тампонада зондом Блекмора в течение 48-72 часов
	лигирование варикозно расширенных вен пищевода
	трансьюгулярное внутripеченочное порто-системное шунтирование
	эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением
224	Оптимальным способом вторичной профилактики рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода III-IV степени при циррозе печени класса С и выраженной портальной гипертензией является
	баллонная тампонада зондом Блекмора в течение 48-72 часов
	лигирование варикозно расширенных вен пищевода
	трансьюгулярное внутripеченочное порто-системное шунтирование
	эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением
225	Трансьюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование — это создание сообщения между брюшной полости и верхней полой вены

	воротной вены и нижней полой вены
	печеночной вены и селезеночной вены
	печеночной и воротной вены
226	Позволяет подтвердить диагноз цирроза печени следующий метод
	пункционная биопсия печени
	УЗИ с доплеровским картированием
	компьютерная томография с внутривенным контрастированием
	биохимическое исследование крови
	иммунологический анализ
227	К осложнениям цирроза печени относятся:
	асцит
	печеночная энцефалопатия
	механическая желтуха
	кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
	острый панкреатит
	острый холецистит
228	Что является достоверным признаком портальной гипертензии?
	Асцит
	Наружный геморрой
	Гинекомастия
	Расширение внутрипеченочных желчных протоков
	Варикозное расширение вен пищевода и желудка
229	Выраженная болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы свидетельствует о наличии положительного симптома
	Мюсси-Георгиевского
	Бартомье-Михельсона
	Щеткина-Блюмберга
	Савельева-Попова
230	Выраженная болезненность справа при поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа свидетельствует о наличии положительного симптома
	Захарьина
	Мерфи
	Ортнера
	Василенко
231	К хирургу на амбулаторный прием обратился пациент с жалобами на периодические боли в правом подреберье. По данным предоставленного УЗИ: желчный пузырь с конкрементами, холедох расширен до 9 мм, в его просвете визуализируется гиперэхогенное включение с акустической тенью 5 мм. Какова тактика хирурга поликлиники?
	назначить плановый прием спазмолитиков и препаратов урсодезоксихолевой кислоты
	направить пациента на экстренную госпитализацию в хирургический стационар
	рекомендовать выполнение МРТ-холангиографии в плановом порядке через месяц
	направить к терапевту для лечения дискинезии желчевыводящих путей
232	Основными признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:
	продольный размер желчного пузыря более 8,0 см
	толщина стенки желчного пузыря более 3 мм
	слоистая или неоднородная эхоструктура
	продольный размер желчного пузыря до 8,0 см
	поперечный размер желчного пузыря до 4,0 см
233	Косвенным ультразвуковым признаком хронического бескаменного холецистита является утолщение стенки желчного пузыря до
	1 мм и более
	2 мм и более

	3 мм и более
	4 мм и более
234	Магнитно-резонансная холангиопанкреатография позволяет с высокой точностью обнаруживать камни внепеченочных желчных протоков размером более
	5 мм
	3 мм
	9 мм
	7 мм
235	Наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомы под контролем ультразвукового исследования рекомендуется пациентам с острым бескаменным холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском, соответствующим ASA
	III и более
	II и более
	V и более
	IV и более
236	Протертую пищу небольшими порциями вводят после холецистэктомии
	на 6-7 день
	на 2-3 день
	через 3-4 часа
	на 1-2 день
237	К деструктивным формам острого холецистита относятся:
	катаральная
	гангренозная
	перфоративная
	флегмонозная
238	В этиологии развития острого флегмонозного калькулезного холецистита ведущую роль играет
	раздражающее действие желчных кислот
	гидролиз липидов в полости пузыря
	нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря
	повышение литогенности желчи
	ишемия стенки желчного пузыря
239	Скрининговым методом при диспансерном обследовании населения с целью диагностики желчнокаменной болезни следует считать
	магниторезонансную томографию
	внутривенную холецистохолангиографию
	ультразвуковое исследование брюшной полости
	компьютерную томографию
	гепатобилисцинтиграфию
240	Желчнокаменная болезнь опасна возможностью развития следующих осложнений:
	первичный билиарный цирроз печени
	острый панкреатит
	вторичный билиарный цирроз печени
	холангит
	рак общего желчного протока
241	Триада Шарко при холангите включает в себя следующие признаки:
	желтуха
	энцефалопатия
	петехиальная сыпь
	увеличение печени
	лихорадка
	боль в правом подреберье

242	На 10-е сутки после лапароскопической холецистэктомии к хирургу поликлиники обратился пациент. При осмотре отмечается прогрессирующее субиктеричное окрашивание склер и кожи, зуд, потемнение мочи и ахоличный стул. Какое осложнение, связанное с интраоперационным повреждением желчных протоков, развилось у пациента?
	постхолецистэктомический синдром
	спазм сфинктера Одди
	рубцовая стриктура или полное клипирование холедоха
	остаточный конкремент общего желчного протока
243	Для острого катарального холецистита характерно наличие следующих симптомов:
	положительные симптомы Кера
	положительные симптомы Мэрфи
	отрицательные симптомы Мэрфи
	положительный симптом Щёткина-Блюмберга
	отрицательный симптом Ортнера
	положительный симптом Ровзинга
244	Если при остром флегмонозном холецистите во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, то при этом необходимо
	выполнить холецистэктомию от дна
	первоначально произвести холедохотомию, затем холецистэктомию комбинированным способом
	выполнить холецистостомию
	первоначально выделить холедох, затем выполнить его дренирование по Керу
245	Пациентам с деструктивным холециститом показано выполнение хирургического вмешательства в ближайшие
	40-50 минут с момента постановки диагноза
	2-3 часа с момента поступления в стационар
	40-50 минут с момента поступления пациента в стационар
	2-3 часа с момента постановки диагноза
	2-3 суток с момента поступления в стационар
246	Возможными осложнениями острого холецистита являются:
	механическая желтуха, гнойный холангит
	портальная гипертензия
	вирсунголитиаз
	папиллит
	желчный перитонит
247	Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является
	эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция
	назначение медикаментозных средств
	открытое хирургическое вмешательство
	ультразвуковая литотрипсия
	применение контактных растворителей
248	Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет
	гнойный холангит
	портальная гипертензия
	стеноз фатерова соска
	вторичный билиарный цирроз
	паренхиматозная желтуха
249	У больного с механической желтухой на почве холедохолитиаза появилась гипертермия до 39,2°C, озноб, интенсивные боли в правом подреберье, олигурия, гипотония и помрачение сознания. Лейкоциты крови - 22,10 x 9/л со сдвигом формулы влево. Билирубин, печеночные трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Назовите наиболее вероятную причину указанных явлений
	гнойный холангит
	абсцесс печени
	печеночная недостаточность

	острый деструктивный холецистит
	острый панкреатит
250	Развитие первичного гангренозного холецистита обусловлено
	тромбозом пузырной артерии
	забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
	паразитарными заболеваниями желчного пузыря
	внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
251	Наиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение
	общей печеночной артерии
	правой печеночной артерии
	общего желчного протока
	воротной вены
	поджелудочной железы
	двенадцатиперстной кишки
252	Критериями позволяющими дифференцировать острый холецистит от печеночной колики являются:
	тошнота, рвота
	тахикардия
	лейкоцитоз
	гипертермия
	боли в правом подреберье
253	«Золотым стандартом» лечения холедохолитиаза является
	холедохолитотомия, дренирование протоков по Керу
	лапароскопическая холецистэктомия
	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция
	чрескожная чреспеченочная холангиостомия
	лапароскопическая холедохотомия, литоэкстракция
254	Диагностическим методом, позволяющим визуально оценить состояние билиарного тракта, является
	УЗИ органов брюшной полости
	МСКТ органов брюшной полости
	МР-холангиопанкреатография
	холедохоскопия
255	Лабораторными признаками холедохолитиаза, осложненного острым холангитом, являются:
	лейкопения
	лейкоцитоз
	тромбоцитопения
	повышение СОЭ
	эритроцитоз
256	Наиболее современным, информативным и неинвазивным методом диагностики холедохолитиаза является
	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
	УЗИ органов брюшной полости
	МСКТ органов брюшной полости
	МР-холангиопанкреатография
257	Наиболее частым осложнением диагностической ЭРХПГ является
	ретродуоденальная перфорация
	кровотечение
	постманипуляционный панкреатит
	острый холангит
	стриктура холедоха
258	Осложнениями холедохолитиаза являются:
	острый холецистит

	рак желчного пузыря
	механическая желтуха
	билиарный панкреатит
	острый холангит
259	С целью выявления деструкции паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите оптимально выполнение следующего инструментального метода
	компьютерной томографии брюшной полости с в/в контрастированием
	лапароскопии
	сцинтиграфии
	ультразвукового исследования брюшной полости
	магниторезонансной томографии
260	Достоверным признаком инфицирования очагов деструкции поджелудочной железы является
	выявление пузырьков воздуха в ветвях воротной вены при компьютерной томографии
	выявление пузырьков воздуха в зоне деструкции паренхимы поджелудочной железы при компьютерной томографии
	выявление пузырьков воздуха во желчных протоках при компьютерной томографии
	появление лихорадки у пациента
	наличие лейкоцитоза
261	При подозрении на холедохолитиаз у пациентов с билиарным панкреатитом альтернативными ретроградной холангиопанкреатографии являются:
	компьютерной томографии брюшной полости с в/в контрастированием
	лапароскопии
	сцинтиграфии
	ультразвукового исследования брюшной полости
	магниторезонансной томографии
	эндоУЗИ
262	В состав базисного комплекса лечения острого панкреатита легкой степени входят:
	голод в течение суток
	диуретики
	инфузионная терапия в объеме ~40 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 24 - 48 часов
	спазмолитики
	антисекреторная терапия
	инфузионная терапия в объеме ~80 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 48 - 72 часов
263	Всем пациентам с подозрением на острый панкреатит рекомендовано выполнение биохимического анализа крови с определением:
	билирубина
	мочевой кислоты
	амилазы
	активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы
	иммуноглобулинов
	мочевины, креатинина
264	Выполнение КТ или МРТ органов брюшной полости в ранние сроки (72 - 96 часов от начала заболевания) рекомендуется
	при отсутствии эффекта от консервативного лечения
	при неясности диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями
	при необходимости подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжелого острого панкреатита
	с диагностической целью при подозрении на острый панкреатит
	при положительном эффекте от консервативного лечения
265	Диагноз острого панкреатита устанавливают на основании следующих данных:
	инструментальных
	генетических
	клинических

	лабораторных
	микробиологических
266	Что из перечисленного является «красным флагом» (признаком тяжелого/среднетяжелого течения) при первичном осмотре пациента с подозрением на острый панкреатит в поликлинике?
	незначительный метеоризм и вздутие живота
	субфебрильная температура тела
	тахикардия (ЧСС более 90/мин) в сочетании с артериальной гипотонией и одышкой
	локальная болезненность при пальпации в левом подреберье
267	К лекарственным препаратам, прием которых может вызвать острый панкреатит, относятся:
	гормональные препараты для системного применения
	меркаптопурин
	омепразол
	гидрохлоротиазид
268	К ферментам поджелудочной железы, которые вызывают протеолиз белков тканей в патогенезе острого панкреатита, относятся
	трипсин
	эластаза
	пепсин
	химотрипсин
269	Клинические проявления острого панкреатита зависят от следующих факторов:
	морфологической формы
	тяжести синдрома системного воспалительного ответа и развития органной (полиорганной) недостаточности
	фазы заболевания
	возраста
	пола пациента
270	Критериями, свидетельствующими о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка являются:
	интенсивный болевой синдром не купируемый опиоидами
	повышение температуры тела
	отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при дуоденоскопии
	быстро прогрессирующая желтуха
	признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ
271	Выделяют следующие формы острого панкреатита в зависимости от этиологии:
	билиарный
	травматический
	нейрогенный
	алкогольно-алиментарный
	дистрофический
272	Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
	фосфолипаза A2
	трипсин, химотрипсин
	брадикинин, гистамин
	моноклеарные клетки, нейтрофилы
	интерлейкин 1 и 6, простагландины
273	У пациентов с осложненными формами панкреатита (наличие острых жидкостных/некротических скоплений) рекомендовано выполнение:
	дренирование под эндоУЗИ-наведением или лапароскопии
	лапаротомия, оментобурсостомия
	видео ассистированная забрюшинная некрэктомия без инсуффляции газа (VARD-технология)
	чрескожные пункции
	лапаротомия, панкреатэктомия

274	В чем заключается начальный этап терапии болевого синдрома при хроническом панкреатите?
	курсовое назначение парацетамола
	назначение диеты с низким содержанием жира
	применение нестероидных противовоспалительных средств
	применение наркотических анальгетиков
275	Возможными осложнениями при хроническом панкреатите являются:
	стеаторея
	белково-энергетическая недостаточность
	дисфагия
	нарушение обмена витаминов
	энтезопатия
276	К лучевым методам, которые применяют для верификации диагноза хронического панкреатита, относятся:
	компьютерной томографии брюшной полости
	лапароскопии
	ультразвукового исследования брюшной полости
	магниторезонансной томографии
	эндоУЗИ
	обзорная рентгенография брюшной полости
277	К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся:
	обструкция общего желчного протока
	непроходимость 12-перстной кишки
	геморрагические осложнения
	наличие стриктуры желчных путей
278	Основными задачами инвазивного лечения при неосложненном течении хронического панкреатита заключаются в:
	выполнении неврелиза
	коррекции внешнесекреторной недостаточности
	коррекции морфологических изменений системы протоков поджелудочной железы
	коррекции воспалительных изменений паренхимы
279	Оперативное лечение пациентам с хроническим панкреатитом может быть рекомендовано в следующих случаях:
	интенсивная некупируемая абдоминальная боль, ведущая к снижению или утрате трудоспособности
	отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 недель
	отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 месяцев
	риск развития зависимости от анальгетиков и/или психотропных препаратов
	профилактика осложнений
280	Показаниями к эндоскопическому лечению у пациентов с хроническим панкреатитом служат:
	стриктура главного панкреатического протока
	холестаз, желтуха или холангита
	псевдокисты поджелудочной железы с наличием клинических проявлений
	бессимптомные и неосложненные псевдокисты
281	При обструкции общего желчного протока и стойкой желтухе у пациента с хроническим панкреатитом оптимальной лечебной тактикой является
	гастроеюностомия
	латеральная панкреатоеюностомия
	назначение препаратов группы спазмолитиков
	гепатикоеюностомия
	оментобурсостомия
282	Выделяют следующие виды кист селезенки:
	истинная (врожденная) киста

	ложная (приобретенная) киста
	смешанная киста
	паразитарные
283	Показаниями к малоинвазивному лечению простых кист селезенки служат:
	интрапаренхиматозное расположение
	наличие осложненной кисты с густым компонентом
	отсутствие признаков злокачественного характера поражения
	предпочтительно размеры до 4 см
284	Укажите правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемлённой паховой грыже
	экстренное грыжесечение паховым доступом
	экстренная срединная лапаротомия
	наблюдение за больным в хирургическом стационаре
	амбулаторное лечение и наблюдение хирургом
	экстренная операция по методу Грекова
285	Основным признаком скользящей паховой грыжи является
	одновременное нахождение в грыжевом мешке двух и более органов брюшной полости;
	одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной
	участие в образовании грыжевого мешка «влагалищного» отростка брюшины
	участие в образовании грыжевого мешка оболочек яичка
	отсутствие грыжевого содержимого в грыжевом мешке
286	Выполнение пластики по Лихтенштейну рекомендовано в следующих случаях:
	при невозможности проведения операции под общей анестезией
	в первую очередь для пациентов пожилого возраста
	в первую очередь для пациентов молодого возраста
	для пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами
287	Дифференциальную диагностику паховой грыжи следует проводить со следующими заболеваниями:
	варикозной болезнью таза
	воспалительным инфильтратом
	новообразованиями мягких тканей
	эктопией яичка
	лимфаденитом
	эндометриоидной кистой
288	К позднему осложнению после герниопластики относится
	гематома
	задержка мочеиспускания
	хроническая боль в области операции
	серома
	гнойно-воспалительные осложнения
289	При подозрении на паховую грыжу, но при наличии неоднозначных клинических признаков, первым этапом визуализирующих методов рекомендовано выполнение
	МСКТ органов брюшной полости
	ультразвукового исследования паховой области
	лапароскопии
	МРТ органов брюшной полости
290	
	При неосложненной паховой грыже наблюдают следующие симптомы:
	наличие образования мягкоэластической консистенции в паховой области вправимого в брюшную полость
	наличие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
	наличие симптома «кашлевого толчка»
	отсутствие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
	отсутствие симптома «кашлевого толчка»

	наличие образования плотной консистенции в паховой области направленного в брюшную полость
291	При ущемленной паховой грыже наблюдают следующие симптомы:
	наличие образования мягкоэластической консистенции в паховой области направленного в брюшную полость
	наличие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
	наличие симптома «кашлевого толчка»
	отсутствие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
	отсутствие симптома «кашлевого толчка»
	наличие образования плотной консистенции в паховой области направленного в брюшную полость
292	Согласно современной стратегии лечения паховых грыж, основанием для хирургического вмешательства являются:
	устранение косметического дефекта
	улучшение качества жизни пациента
	лечение имеющихся или будущих симптомов
	предотвращение ущемления
293	Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящийся к производящим
	тяжелый физический труд
	особенности телосложения
	анатомическая слабость стенок пахового канала
	возраст
	пол
294	Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящиеся к предрасполагающим:
	тяжелый физический труд
	особенности телосложения
	анатомическая слабость стенок пахового канала
	возраст
	пол
	беременность
295	Что обозначает буква г в классификации паховых грыж европейского герниологического общества (EHS)?
	медиальная
	первичная
	латеральная
	рецидивная
296	Выберите оптимальный объем пособия при ущемленной паховой грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка
	ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез, герниопластику провести сетчатым аллотрансплантатом
	резецировать некротизированную часть кишки, ее удалить через герниотомический разрез, первичную герниопластику не производить, гнойную рану дренировать
	некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез, первичную герниопластику проводить только местными тканями
	тотальную лапаротомию резекцию ущемленного органа из паховой области пластику аллотрансплантатом
297	Что такое грыжа Литре?
	косая паховая грыжа
	ущемление в паховой грыже червеобразного отростка
	прямая паховая грыжа
	ущемление в паховой грыже дивертикула Меккеля
	ущемление в паховой грыже дивертикула ободочной кишки
298	Что такое грыжа Рихтера?
	флегмона грыжевого мешка

	грыжа с эластическим ущемлением
	пристеночное ущемление
	ретроградное ущемление
299	В какие сроки должна быть выполнена операция при ущемленной паховой грыже?
	не более 2 часов
	не более 6 часов
	не более 12 часов
	не более 4 часов
300	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — это заболевание, связанное со смещением через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную клетку
	желудка
	абдоминального отдела пищевода
	тонкой кишки
	толстой кишки
	почка
301	К какому типу диафрагмальных грыж относятся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
	травматические грыжи естественных отверстий диафрагмы
	нетравматические грыжи естественных отверстий диафрагмы
	нетравматические ложные врожденные грыжи
	нетравматические истинные грыжи слабых зон диафрагмы
	травматические истинные грыжи
302	К профилактике ГПОД относятся:
	отказ от курения
	увеличение мышечной массы
	снижение приема НПВС
	снижение приема ИПП
	снижение массы тела
303	К факторам риска ГПОД относят:
	постоянный прием ингибиторов протонной помпы
	молодой возраст
	избыточная масса тела
	курение
	постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
304	Как долго после операции по поводу ГПОД в норме у пациентов могут сохраняться затруднения при глотании?
	4-6 дней
	4-6 недель
	4-6 месяцев
	более года
	в норме затруднений быть не должно
305	Какие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, согласно международной классификации, относят к паразофагеальным грыжам?
	при которых гастроэзофагеальный переход расположен на уровне диафрагмы
	при которых дно желудка расположено выше диафрагмы
	при которых гастроэзофагеальный переход расположен ниже диафрагмы
	при которых дно желудка расположено ниже диафрагмы
	при которых гастроэзофагеальный переход расположен выше диафрагмы
306	В каком из перечисленных случаев амбулаторный хирург должен направить пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагитом на консультацию к хирургу стационара для решения вопроса о фундопликации?
	при наличии единичных эрозий пищевода, успешно заживающих на фоне приема ингибиторов протонной помпы

	при редких приступах изжоги (1–2 раза в месяц), связанных с нарушением диеты
	при неэффективности адекватной консервативной терапии, наличии внепищеводных проявлений (рефлюкс-индуцированная астма) или формировании пищевода Барретта
	всем пациентам при выявлении ГПОД аксиального типа малых размеров
307	Каковы особенности при хирургических вмешательствах по поводу рецидива ГПОД?
	ранее сформированная манжета должна быть разобрана
	как и при первичной операции важную роль играет адекватная мобилизация пищевода
	при повторных вмешательствах эффективность операции снижается
	ранее сформированную манжету не следует трогать
	при повторных вмешательствах эффективность операции существенно не меняется
308	На амбулаторный прием обратился пациент с жалобами на жгучие боли за грудиной, усиливающиеся в положении лежа и при наклонах туловища вперед, а также на частую отрыжку кислым. На ЭКГ патологии не выявлено. Какое обследование должен назначить амбулаторный хирург в первую очередь для подтверждения диагноза ГПОД?
	эхокардиографию
	УЗИ органов брюшной полости
	эзофагогастродуоденоскопию
	рентгеноскопию пищевода и желудка с барием
	КТ органов грудной клетки
309	В каких случаях рекомендуется неотложная диагностическая лапароскопия при ущемленной паховой грыже?
	подозрение на пристеночное ущемление «мнимое» вправление или ретроградное ущемление грыжи
	ущемление более 2-х часов без клинических и инструментальных признаков осложненной ущемленной грыжи
	при распространенном перитоните
	состояние после ущемления (самостоятельное вправление) если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила более 2 часов
310	Выберите существующие варианты ущемления грыжи
	эластическое
	ретроградное
	пристеночное
	динамическое
	каловое
311	Что такое грыжа Амианда?
	изолированное ущемление червеобразного отростка в паховой или бедренной грыже
	рецидив бедренной грыжи у пожилых пациентов после оперативного вмешательства
	синоним двусторонней бедренной грыжи
	изолированное ущемление дивертикула Меккеля в паховой или бедренной грыже
312	Какие критерии лежат в основе классификации типа паховой/бедренной грыжи Европейского герниологического общества (2017 г.)?
	размер грыжи
	длительность грыженосительства
	пол пациента
	локализация грыжи
	первичная или рецидивная грыжа
	число эпизодов ущемления
313	Каким категориям больных рекомендовано оперативное лечение паховой/бедренной грыжи с использованием эндовидеохирургических способов?
	пациенты с большой пахово-мошоночной грыжей
	пациенты имеющие противопоказания для общей анестезии
	пациенты с двусторонней паховой/бедренной грыжей
	пациенты пожилого возраста имеющие хронические сердечно-легочные заболевания
	лица молодого возраста без сопутствующей патологии с паховой грыжей небольшого размера

314	Выберите признаки, указывающие на флегмону грыжевого мешка при ущемленной паховой/бедренной грыже
	безболезненное невправимое грыжевое выпячивание мягкоэластической консистенции
	отечное горячее наощупь грыжевое выпячивание
	присоединение симптомов системной воспалительной реакции
	гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки, распространяющиеся за пределы грыжевого выпячивания
	появление флюктуации в области грыжи и наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях
	отсутствие отека мягких тканей и гиперемии кожи
315	Перечислите консервативные мероприятия при паховой/бедренной грыже рекомендуемые в случае отказа пациента от оперативного лечения?
	ношение бандажа/супинатора
	ограничение физических нагрузок
	регуляция стула (профилактика запора)
	увеличение физической активности («тренировка грыжи»)
	тейпирование
316	К возможным осложнениям ущемленной первичной грыжи брюшной стенки относятся:
	флегмона грыжевого мешка
	миокардит
	перитонит
	флегмона брюшной стенки
	сепсис
317	К первичным грыжам брюшной стенки относятся:
	грыжа Литре
	поясничная грыжа
	грыжа Спигелиевой линии
	грыжа белой линии живота
	пупочная грыжа
	грыжа Рихтера
318	Методика IPOM при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
	грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта
319	Методика SCOLA при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
	подкожная видеоэндоскопическая пластика с расположением эндопротеза «Onlay»
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта
320	Методика TAPP при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
	трансабдоминальная преперитонеальная аллогерниопластика
	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
	грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
321	Методика eTEP при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
	грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
322	Методика «onlay» при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
	грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
323	Методика «sublay» при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это
	грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза
	аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота
	аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта
	расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза
324	Система классификации первичных и послеоперационных грыж брюшной стенки Европейского общества герниологов (EHS) 2009 года учитывает следующие критерии:
	диаметр грыжевого мешка
	характер содержимого грыжи
	локализация грыжи
	размер грыжевых ворот
	ширину белой линии
325	Вид перитонита, не требующий оперативного лечения
	местный фибринозно-гнойный
	панкреатогенный ферментативный
	диффузный фибринозно-гнойный
	желчный
	мочевой
326	Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от:
	характера микрофлоры
	степени выраженности интоксикации и гиповолемии
	массы тела больного и гиповолемии
	срока давности перитонита
	продолжительности антибактериальной терапии
327	По характеру патологических примесей в брюшной полости в классификацию перитонита входят:
	желчь
	желудочное содержимое
	кишечное содержимое
	кровь
	гной
328	Выберите функции брюшины:
	резорбтивная
	секреторная
	экссудативная
	иммунная
	барьерная
329	Наиболее частым осложнением при перитоните является
	формирование абсцессов брюшной полости
	образование кишечных свищей
	эвентрация
	пневмония
330	К экстраабдоминальным осложнениям перитонита относятся:
	эвентрация

	тромбоз глубоких вен
	несформированные кишечные свищи
	плеврит
	оментит
	пневмония
331	Третичный перитонит характеризуется
	специфическим характером инфекционного агента
	наличием персистирующей внутрибрюшной инфекции
	фульминантным течением
	неадекватностью хирургической ликвидации источника перитонита
	обязательным наличием экстраабдоминальных осложнений
332	Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?
	деструктивный аппендицит
	деструктивный холецистит
	деструктивный панкреатит
	перфоративная гастродуоденальная язва
	перфорация опухоли ободочной кишки
333	Основными перитонеальными симптомами являются:
	Щеткина-Блюмберга
	Ровзинга
	Куленкампа
	Ситковского
	Воскресенского
334	Наиболее тяжело протекающими послеоперационными внутрибрюшными осложнениями являются:
	несостоятельность анастомозов
	кишечные свищи
	абсцессы
	ранняя спаечная кишечная непроходимость
	оментит
335	Общая схема предоперационной подготовки у пациента с перитонитом включает следующие мероприятия:
	катетеризация центральной вены, мочевого пузыря
	инфузионная терапия
	коррекция метаболических нарушений
	антибактериальная терапия
	экстракорпоральная дезинтоксикация
	профилактика венозных тромбозов
336	Показаниями к этапному хирургическому лечению перитонита определяются следующими факторами:
	распространенный фибринозно-гнойный или каловый перитонит
	анаэробный перитонит
	тяжесть состояния больного
	внутрибрюшное давление при сведении краев раны более 15 мм рт.ст.
	ликвидация или надежная локализация источника перитонита
	внутрибрюшное давление при сведении краев раны ниже 15 мм рт.ст.
337	Стратегию «открытый живот» рекомендуют применять при:
	флегмоне передней брюшной стенки
	несостоятельности швов анастомозов
	инфаркте кишечника
	межкишечных абсцессах
	нозокомиальной природе перитонита
338	Для профилактики и лечения псевдомембранозного колита применяют

	ампициллин
	тетрациклин
	ванкомицин
	азитромицин
339	Локализацию свищевого хода при хроническом парапроктите оценивают по отношению
	к внутреннему сфинктеру
	наружному сфинктеру заднего прохода
	к морганиевой крипте
	клетчаточному пространству
	к лонному сочленению
340	Для язвенного колита не характерно
	поражение терминального отдела тонкой кишки
	диарея
	поражение прямой кишки
	примесь крови в кале
341	В диагностике неспецифического язвенного колита наиболее информативным является
	колоноскопия
	копрология
	посев кала на микрофлору
	рентгенологическое исследование толстой кишки
	гастроскопия
342	Самой частой формой острого парапроктита является
	подкожный парапроктит
	подслизистый парапроктит
	ишиоректальный
	пельвиоректальный
	ретроректальный
343	К поверхностным формам острого парапроктита относятся:
	ишиоректальные
	пельвиоректальные
	межмышечные
	подкожные
	ретроректальные
	подслизистые
344	Группы препаратов, используемые для консервативного лечения болезни Крона:
	иммуностимуляторы
	антибиотики
	глюкокортикостероиды
	биологические генно-инженерные препараты
	иммуносупрессоры
	сорбенты
345	Самым частым осложнением в послеоперационном периоде после геморроидэктомии является
	выраженный болевой синдром
	кровотечение
	гнойно-воспалительные осложнения
	инконтиненция
	дизурия
346	Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является
	токсическая дилатация толстой кишки
	перфорация толстой кишки
	кишечное кровотечение

	отсутствие эффекта от консервативной терапии
	учащение стула до 5-6 раз сутки
347	Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона является сочетание следующих симптомов:
	понос, боли в суставах
	наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов
	постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температуры
	боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
	запоры, вздутие живота, повышение температуры
348	При глубокой анальной трещине необходимо исключить
	неспецифический язвенный колит
	дивертикулёз толстой кишки
	полипоз толстой кишки
	болезнь Крона
	внутреннее выпадение прямой кишки
349	В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит
	затрудненному венозному оттоку
	ректальным кровотечениям
	спазму внутреннего сфинктера
	спазму наружного сфинктера
	анальному зуду и мацерации
350	Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции
	гематогенным путём
	из соседних органов, поражённых воспалительным процессом
	из прямой кишки
	лимфогенным путём
	через кожу
351	Клиническая картина, характерная для IV стадии хронического геморроя
	периодическое выделение алой крови при дефекации без выпадения геморроидальных узлов
	узлы не вправляются самостоятельно, требуется ручное пособие
	узлы не вправляются самостоятельно, ручное пособие не помогает продолжаются периодические кровотечения и обострения воспалительного процесса
	наряду с кровотечением при дефекации выпадают геморроидальные узлы
352	Острый парапроктит - это
	острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
	любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
	острое воспаление в области морганиевых крипт
	острое воспаление слизистой прямой кишки
	хроническое воспаление аппендикса
353	Характер болей при синдроме раздраженной кишки:
	боли, стихающие после дефекации
	ночные боли
	боли, возникающие после еды
	боли постоянного характера
	«голодные» боли
354	Артериальное кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет:
	верхней брыжеечной артерии
	внутренней подвздошной артерии
	артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
	нижней брыжеечной артерии
	внутренней половой артерии

355	Обязательными методами исследования при остром воспалении эпителиального копчикового хода являются:
	рентгенография крестца и копчика
	пальцевое исследование прямой кишки
	абсцессография
	ректороманоскопия
	введение метиленового синего в первичные отверстия хода
	компьютерная томография
356	Основные отличия неполных внутренних свищей прямой кишки от анальных трещин:
	затруднённый акт дефекации
	менее выраженные боли
	наличие гнойных выделений из заднего прохода
	спазм сфинктера не наблюдается
	наличие признаков системной интоксикации
357	Дифференциальная диагностика острого парапроктита проводится с такими заболеваниями, как:
	пресакральные кисты с воспалительным компонентом
	опухоли прямой кишки и параректальной области
	острый аппендицит
	тромбоэмболия внутренней подвздошной артерии
	дивертикул Меккеля
358	Геморроидальные узлы представляют собой
	артерио-венозные шунты
	мелкие артериальные сосуды
	венозные сплетения
	артериальные образования
359	К основной макроскопической особенности язвенного колита относится
	обязательное поражение слизистой прямой кишки
	сегментарное поражение слизистой оболочки
	язвенное поражение, возникающие в прямой кишке, имеющие щелевидную форму
	поражение слизистой желудка и толстой кишки
360	Основным микроскопическим признаком поражения толстой кишки при болезни Крона является
	тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки
	тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта
	поражение стенки кишки с чередованием измененных и здоровых участков
	обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки
361	При болезни Крона в подавляющем большинстве случаев имеет место поражение
	тонкой кишки
	илеоцекального отдела
	ободочной кишки
	прямой кишки
362	Пациентам с болезнью Крона при необходимости оценки или мониторинга активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на
	гельминты
	фекальный кальпротектин
	наличие токсинов клостридии диффициле
	патологические примеси
363	Показаниями к оперативному вмешательству при болезни Крона служат
	хронические осложнения
	острые осложнения
	задержка физического развития
	неэффективность консервативной терапии
	наличие трещин анального канала у пациентов с перианальными проявлениями болезни Крона

364	У пациентов с болезнью Крона в форме терминального илеита или илеоколита при формировании стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана операциями выбора считают:
	резекция илеоцекального угла с формированием илео-асцендоанастомоза
	субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы
	резекция илеоцекального угла с формированием стом
	субтотальная колэктомия с одностольной илеостомией
365	У пациентов с болезнью Крона при ограниченном поражении толстой кишки рекомендовано оперативное лечение в следующем объеме
	субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы
	резекция пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей
	резекция илеоцекального угла с формированием илео-асцендоанастомоза
	субтотальная колэктомия с одностольной илеостомией
366	У пациентов с локализацией болезни Крона в толстой кишке при развитии токсической дилатации операцией выбора считают
	резекцию илеоцекального угла
	субтотальную резекцию ободочной кишки с формированием илеостомы
	резекцию пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей
	субтотальную колэктомию с одностольной илеостомией
367	К факторам риска токсической дилатации при язвенном колите относятся:
	подготовка кишки к колоноскопии при помощи приема масел и клизмы
	гипомагниемия
	гипернатриемия
	подготовка кишки к колоноскопии при помощи осмотических слабительных
	гипокалиемия
368	В качестве склерозирующих препаратов при склеротерапии внутренних геморроидальных узлов используют препараты для лечения варикозного расширения вен:
	натрия лаурилсульфоацетат
	натрия тетрадецилсульфат
	дезоксирибонуклеат натрия
	лауромакрогол-400
	лауромакрогол-800
369	Дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии с/без мукопексией(-и) рекомендуется пациентам с наличием границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами и хроническим геморроем
	4 стадии
	2 стадии
	3 стадии
	1 стадии
370	Геморроидэктомия рекомендуется при неэффективности и/или технической невозможности применения малоинвазивных хирургических методов в комбинации с консервативной терапией всем пациентам с хроническим геморроем
	2 стадии
	3 стадии
	4 стадии
	1 стадии
371	Лигирование геморроидальных узлов рекомендовано пациентам с наличием отдельно расположенных внутренних геморроидальных узлов с четкими границами и внутренним геморроем
	4 стадии
	2 стадии
	3 стадии
	1 стадии
372	Основным клиническим симптомом острого тромбоза геморроидальных узлов является

	боль в области заднего прохода и прямой кишки
	примесь алой крови к кишечному содержимому
	наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов
	выделение крови из заднего прохода при дефекации
373	Вторичная эмпиема плевры является осложнением
	бактериальной деструкции легких
	остеомиелита ребер
	острого бронхита
	пневмоний
374	Диагностическую плевральную пункцию при подозрении на эмпиему плевры проводят в
	II межреберье по средне-ключичной линии
	IV–VII межреберьях по средней подмышечной линии
	VI–VII межреберье по задней подмышечной линии
	V–VI межреберье по задней подмышечной линии
375	Для ликвидации бронхоплеврального свища применяют следующие методы:
	аргоноплазменная коагуляция
	ушивание аппаратным швом устья бронхиального свища
	ушивание ручным швом устья бронхиального свища
	шов Тигеля
376	К внутренним бронхиальным свищам относятся:
	бронхокожный
	бронхолегочный
	бронхоорганный
	бронхоплевральный
377	К высокоинформативному методу диагностики эмпиемы плевры относится
	диагностическая медиастиноскопия
	диагностическая видеоторакоскопия
	полипозиционной рентгеноскопии
	селективная бронхография
	торакоэмпиемоскопия
378	К осложнениям пункции плевральной полости относятся:
	внутриплевральное кровотечение
	коллаптоидное состояние
	пневмоторакс
	повреждение печени/селезенки
	повреждение желудка
	медиастинит
379	Осложнениями и исходами хронической эмпиемы плевры являются:
	«плеврогенный цирроз» легкого
	бронхогенная киста легкого
	бронхоэктазии
	вторичный амилоидоз
380	Острые и хронические эмпиемы плевры разделяют на:
	анаэробные
	гнилостные
	гнойные
	серозные
381	Профилактика эмпиемы плевры заключается в:
	достижении быстрого расправления легкого в послеоперационном периоде
	ранней диагностике и лечении плевральных выпотов и экссудативных плевритов
	своевременной рациональной АБТ легочных и внелегочных инфекционных процессов

	соблюдении тщательной асептики при хирургических вмешательствах на грудной полости
	длительного дренирования плевральной полости после хирургических вмешательств на грудной полости
382	Хирургическое лечение хронической эмпиемы плевры направлено на:
	декортикацию легкого и его расправление
	ликвидацию стойкой остаточной плевральной полости
	рассечение и иссечение шварт
	устранение очага инфекционного процесса
	ликвидацию дыхательной недостаточности
383	При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод
	не имеющий никакого значения
	имеющий значение для уточнения диагноза
	имеющий лечебное значение
	имеющий лечебное и диагностическое значение
	имеющий ограниченное применение как опасный
384	При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см. в нижней доле правого легкого необходимо
	госпитализировать в терапевтическое отделение
	назначить лечение: антибиотики, противовоспалительные препараты, витаминотерапия
	выполнить экстренную бронхоскопию
	назначить бронхографию
	лечение в хирургическом отделении в течение 2 недель с последующей радикальной операцией
385	Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяют
	пневмотомия
	клиновидная резекция легкого
	пневмонэктомия
	лобэктомия
	торакопластика
386	Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является
	верхняя доля
	средняя доля
	нижняя доля
	язычковый сегмент
	любая доля и любой сегмент обеих легких
387	Наиболее эффективным методом лечения профузного легочного кровотечения на фоне гангренозного абсцесса легкого будет
	гемостатическая терапия
	искусственный пневмоторакс
	пневмомедиастинум
	тампонада и дренирование бронха
	резекция легкого
388	Характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является
	боль в грудной клетке
	явления интоксикации
	кашель с большим количеством гнойной мокроты
	кровохаркание
	симптом "барабанных палочек"
	кашель с большим количеством слизистой мокроты
389	Основными признаками спонтанного пневмоторакса являются:
	боли в груди
	осиплость голоса
	одышка

	кашель
	ослабление или отсутствие дыхания на стороне поражения
	усиление дыхания на стороне поражения
390	Наиболее частая причина возникновения спонтанного пневмоторакса
	травма груди, переломы ребер
	разрыв буллезно-измененной ткани легкого
	абсцесс легкого
	туберкулезная каверна
	бронхиальная астма
391	Первоначальные действия при легочном кровотечении является
	торакотомия, лобэктомия или пульмонэктомия на высоте кровотечения
	проведение управляемой гипотонии с комплексом гемостатической терапии, бронхоскопия и пломбировка бронха
	ангиография бронхиальных артерий с последующей их эмболизацией на высоте продолжающегося кровотечения
	инфузионная терапия, включая гемотрансфузию
392	При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно выполнить
	по средней аксилярной линии в 6-м межреберье
	два дренажа: во 2-м межреберье по среднеключичной линии и в 7-м или 8-м межреберьях по задней аксилярной линии
	во 2-м межреберье по среднеключичной линии
	в 5-м межреберье по задней аксилярной линии
	в 7-м межреберье по задней аксилярной линии
393	Экссудативный плеврит, как правило является вторичным заболеванием, развивающееся как осложнение
	абсцесса
	туберкулеза
	бронхоэктатической болезни
	пневмонии
	эхинококкоза
394	Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является
	дренирование плевральной полости
	плевральная пункция и аспирация
	торакотомия
	торокоскопия
395	Наибольшую опасность при легочном кровотечении представляет
	острая дыхательная недостаточность
	геморрагический шок
	аспирация крови и асфиксия
	присоединение инфекции
	острая сердечная недостаточность
396	Наиболее информативный метод диагностики острого медиастинита – это
	рентгенография органов грудной клетки в правой и левой боковой проекциях
	рентгенография органов грудной клетки в прямой и косой проекциях
	МСКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием
	рентгеноскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастом и ЭГДС
397	Причинами острого медиастинита могут быть следующие заболевания:
	перфорация пищевода
	одонтогенная флегмона шеи
	ятрогенное повреждение трахеи

	закрытый перелом грудины
	аспирационная пневмония
398	Тактика лечения при выявлении острого медиастинита
	консервативная терапия (инфузионная, антибактериальная, обезболивание) в хирургическом отделении
	кратковременная предоперационная подготовка с последующим хирургическим лечением в объеме вскрытия и дренирования средостения
	перевод в отделение реанимации, интубация трахеи и установка назогастрального зонда
	инфузионная терапия на этапе приемного отделения, далее амбулаторное лечение под наблюдением хирурга поликлиники
399	При подозрении на перфорацию пищевода, как причину медиастенита, необходимо выполнить
	рентгеноскопию пищевода и желудка с водорастворимым контрастом
	УЗИ средостения
	спазмолитики и обезболивающие препараты
	эзофагогастроскопию
	чреспищеводную эхографию
400	Для большинства пациентов с узловым коллоидным зобом при отсутствии нарушения функции щитовидной железы, косметического дефекта и синдрома сдавления рекомендуют
	динамическое наблюдение
	контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 12 месяцев или реже
	контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 3 месяца
	определение ТТГ 1 раз в 12 месяцев
	определение ТТГ ежемесячно
401	Показаниями к проведению тонкоигльной аспирационной (пункционной) биопсии являются:
	дисгормональные изменения щитовидной железы
	диффузные изменения щитовидной железы при УЗИ
	узловые образования ЩЖ, равные или превышающие 1 см в диаметре
	узловые образования менее 1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм рака щитовидной железы
402	При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы на первичном этапе диагностики рекомендовано определение уровня следующих показателей:
	антител к щитовидной железе
	базального уровня тиреотропного гормона
	кальцитонина крови
	тиреоглобулина
	гемоглобина
	глюкозы крови
403	Многоузловой токсический зоб – это
	увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе
	состояние, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов обусловлена формированием в щитовидной железе автономно функционирующих тироцитов
	увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции, определяемое пальпаторно, или методом УЗИ
	независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тироцитами
404	Нетоксический зоб – это
	независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тироцитами
	увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе
	заболевание, характеризующееся диффузным или узловым увеличением щитовидной железы без нарушения ее функции

	состояние, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов обусловлена формированием в щитовидной железе автономно функционирующих тиреоцитов
405	Определяемые пальпаторно размеры щитовидной железы могут не совпадать с истинными по следующим причинам: отсутствия щитовидной железы анатомических особенностей строения шеи низкого расположения загрудинного зоба низкого расположения самой щитовидной железы
406	Пациентам с диффузным зобом для оценки функционального состояния щитовидной железы рекомендуют исследование на LE-клетки крови уровня ТТГ в крови антител к тироглобулину в крови уровня мочевины в крови
407	При диффузном зобе и повышении уровня ТТГ рекомендуют следующие исследования: на LE-клетки крови уровень антител к тиреопероксидазе в крови уровень антител к тироглобулину в сыворотке крови уровень мочевины в крови уровень СТ4 сыворотки крови
408	При диффузном зобе и снижении уровня ТТГ рекомендуют следующие исследования: уровень антител к тироглобулину в сыворотке крови уровень антител к рецептору ТТГ в крови уровень щелочной фосфатазы уровень СТ4 сыворотки крови уровень СТ3 в крови
409	При сборе анамнеза у пациентов с зобом рекомендовано уточнение и оценка следующих данных: медицинский анамнез вмешательств на щитовидной железе гинекологический анамнез семейный анамнез клинические признаки нарушения функции щитовидной железы местные признаки (изменение голоса, дисфагия) местные признаки (гиперемия шеи, дисфагия)
410	Эндемический зоб – это генетически детерминированное увеличение щитовидной железы токсические явления, связанные с гиперпродукцией тиреоидных гормонов увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе увеличение щитовидной железы у отдельных людей на территории, богатой йодом
411	Ведущим клиническим признаком при острой надпочечниковой недостаточности является кетоацидоз гипергликемия импотенция коллапс резкое повышение артериального давления
412	Вторичный гиперальдостеронизм возникает при снижении продукции адренкортикотропного гормона аденокарциноме, исходящей из клубочковой зоны коры надпочечников циррозе печени синдроме Конна феохромоцитоме

413	Клиническими проявлениями феохромоцитомы являются
	гипогликемия
	резкое повышение артериального давления
	расширение зрачков
	резкое снижение температуры тела
	резкое снижение артериального давления
414	Лабораторная диагностика феохромоцитомы основана на определении следующих показателей:
	метанефринов и норметанефринов в суточной моче
	ванилина в крови
	адреналина в крови
	адренкортикотропного гормона
	ванилилминдальной кислоты в моче
415	Под морбидным ожирением понимают:
	ожирение с индексом массы тела ≥ 25 кг/м ² при наличии серьезных осложнений
	ожирение с индексом массы тела ≥ 30 кг/м ² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением
	ожирение с индексом массы тела ≥ 35 кг/м ² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением
	ожирение с индексом массы тела ≥ 40 кг/м ²
416	К операциям, рекомендованным для лечения морбидного ожирения относятся:
	абдоминопластика
	гастропликация
	гастрошунтирование
	липосакция
417	Рестриктивные операции в лечении ожирения направлены на
	липосакцию
	уменьшение абсорбции пищи
	уменьшение размеров желудка
	шунтирование отделов тонкой кишки
418	Хирургическое лечение морбидного ожирения у пациентов, в возрасте 18-60 лет, при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий, независимо от наличия сопутствующих заболеваний, рекомендуется при индексе массы тела
	более 25 кг/м ²
	более 30 кг/м ²
	более 35 кг/м ²
	более 40 кг/м ²
419	Бариатрическая хирургия пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела, рекомендована при индексе массы тела
	более 25 кг/м ²
	более 30 кг/м ²
	25 - 29.9 кг/м ²
	более 35 кг/м ²
	более 27 кг/м ²
420	Абсолютными противопоказаниями к склеротерапии являются:
	аллергия на склерозант
	курение
	острое воспаление подкожной клетчатки
	предшествующие неудачные сеансы
	тромбоз глубоких вен
421	Наиболее распространенными местными реакциями после склеротерапии являются
	боль по ходу склерозированной вены
	крапивница

	поверхностные некрозы
	подкожные гематомы
	тромбофлебит
422	«Золотым стандартом» инструментального обследования пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей является
	плетизмография
	флебография
	УЗИ вен нижних конечностей
	спиральная компьютерная томография
423	«Короткий» стриппинг большой подкожной вены при варикозной болезни нижних конечностей подразумевает выполнение
	удаление большой подкожной вены до верхней трети голени
	диссекцию перфорантных вен
	удаление большой подкожной вены до уровня лодыжки
	перевязки большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену
424	В каких случаях рекомендуют выполнение дополнительных инструментальных методов обследования (флебография, МРТ-венография, КТ-венография) у пациентов с хроническими заболеваниями вен?
	всем пациентам с хроническими заболеваниями вен
	при подозрении на наличие ангиодисплазии
	при подозрении на сочетание первичного варикозного расширения вен конечности и проксимальной венозной обструкции
	при подозрении на вторичный характер варикозной трансформации поверхностных вен
	данные исследования неинформативны в диагностике венозных заболеваний
425	Какие критерии включены в шкалу Каприни для оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля?
	беременность
	наличие злокачественного новообразования
	инсульт в анамнезе
	возраст
	пол
	сахарный диабет
426	Показаниями к хирургическому лечению у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей являются:
	варикозная трансформация вен нижних конечностей
	рефлюкс по стволам большой и малой подкожных вен, а также по перфорантным венам при отсутствии варикозной трансформации их притоков
	наличие рефлюкса крови в поверхностных и/или перфорантных венах у больных с классами C2-C6
	рецидив варикозных вен
427	Кроссэктомия при варикозной болезни нижних конечностей — это
	перевязка большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену
	удаление варикозно измененных притоков большой подкожной вены
	диссекция перфорантных вен
	удаление ствола большой подкожной вены
428	Метод эндовазальной термической облитерации подразумевает под собой
	инъекционное введение в просвет вены специальных препаратов-склерозантов
	ликвидация основных путей сброса крови в подкожные вены и устранение варикозного синдрома путем обнажения вен через маленькие разрезы и/или их удаления через проколы кожи располагающиеся по ходу вены на разном расстоянии друг от друга
	«спаивание» или «заваривание» вены изнутри, что приводит к прекращению кровотока по ней и последующему ее полному рассасыванию
	«склеивание» просвета подкожной вены, что достигается применением специального клея либо введением склерозанта с предварительным неинтенсивным механическим повреждением внутренней выстилки сосуда

429	Стриппинг большой подкожной вены при варикозной болезни нижних конечностей — это
	перевязка большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену
	удаление варикозно измененных притоков большой подкожной вены
	диссекция перфорантных вен
	удаление ствола большой подкожной вены
430	К факторам риска развития хронических заболеваний вен относятся:
	беременность
	наследственность
	ожирение
	мужской пол
431	После хирургического лечения у пациента с варикозной болезнью могут развиваться следующие осложнения:
	повреждение нервов и парестезия
	венозный застой
	ОНМК
	лимфоррея
	инфекционные осложнения
	тромбоз глубоких вен
	миастения
432	Для 3 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерной жалобой является
	Трофические расстройства
	Варикозные вены
	Отека на голени в конце дня
	Телеангиоэктазии
	Открытая венозная язва
433	Для 1 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	трофических расстройств
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
434	Для 2 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	трофических расстройств
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
435	Для 4 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиоэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
436	Для 5 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиоэктазий и ретикулярных вен

	открытой венозной язвы
	закрытой трофической язвы
437	Для 6 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
	закрытой трофической язвы
438	Синдром Мея-Тернера развивается в результате
	сдавления правой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией
	сдавления левой общей подвздошной вены левой общей подвздошной артерией
	рефлюкса по гонадным венам
	сдавления левой почечной вены верхней брыжеечной артерией
	аплазии нижней полой вены
	сдавления левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией
439	Варикозная болезнь таза сопровождается расширением
	внутрибазальных венозных сплетений и гонадных вен
	общих подвздошных вен
	нижней полой вены
	порто-кавальных анастомозов
	внутренних подвздошных вен
440	Варикозную болезнь нижних конечностей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:
	посттромботической болезнью нижних конечностей
	пороками развития глубоких вен
	острой артериальной непроходимостью
	врожденными артериовенозными свищами
	острый илюиофеморальный тромбоз
441	Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) встречается при:
	анатомически полноценной венозной системе
	длительной статической нагрузке
	беременности
	запорах
	системная артериальная гипертензия
	тяжелом физическом труде
	приеме оральных контрацептивов
442	Для венозных дисплазий характерно:
	клинические проявления односторонние, возникают с младенчества
	варикозные вены преимущественно по латеральной поверхности нижней конечности
	варикозные вены преимущественно по медиальной поверхности нижней конечности
	пигментация по ходу варикозных вен
	пораженная конечность длиннее на 2-5 см
443	Характерными жалобами для варикозной болезни вен таза являются:
	диспареуния
	тазовая боль, возникающая при длительных статических или физических нагрузках
	вульварный варикоз
	невываивания
444	Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием:
	тромбоза поверхностных вен
	варикозного расширения поверхностных вен

	тромбоза глубоких вен
	перевязки большой подкожной вены
	клапанной недостаточности перфорантных вен
445	Укажите особенности, характерные для трофических расстройств кожи при посттромботической болезни:
	локализация в области латеральной лодыжки
	циркулярный характер трофических нарушений
	быстрое появление и прогрессирование кожных изменений
	возникновение трофических изменений через 15-20 лет от начала заболевания
	частое рецидивирование трофических язв
446	Для отека при лимфидеме характерны следующие признаки:
	отек на тыльной поверхности стопы
	отсутствие отека на стопе
	безболезненный отек
	болезненный отек
	асимметрия отека при билатеральном поражении
447	Для пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей характерны жалобы:
	"венозная" боль
	зуд и жжение
	ночные судороги
	перемежающаяся хромота
	чувство тяжести и утомляемость
448	При обструкции подвздошных вен методом выбора хирургической коррекции будет
	баллонная дилатация
	ликвидация перфорантного сброса
	обходное шунтирование
	стентирование
	эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) большой подкожной вены
449	Что относят к "типичным чертам" посттромботической болезни нижних конечностей?
	варикоз передней брюшной стенки
	развитие трофических расстройств прежде варикоза
	развитие трофических расстройств через 10-15 лет после появления варикоза
	тромбоз глубоких вен в анамнезе
	циркулярные трофические расстройства
	пораженная конечность длиннее на 2-5 см
	пигментация по ходу варикозных вен
450	«Золотым стандартом» инструментальной диагностики первичной и вторичной лимфедемы считают
	ультразвуковое исследование
	лимфосцинтиграфия
	лимфография цветная
	лимфография флуоресцентная (ICG-лимфография, NIR-лимфография)
	лимфография рентгеновская (рентгенолимфография)
451	Причинами распространенного одностороннего отека нижней конечности являются:
	посттромботическая болезнь
	лимфедема
	хроническая нетромботическая проксимальная венозная обструкция
	отрыв медиальной головки икроножной мышцы
	хроническая сердечная недостаточность
	нефротический синдром
	идиопатические циклические отеки
452	Причинами двустороннего отека нижней конечности являются:
	посттромботическая болезнь

	лимфедема
	хроническая нетромботическая проксимальная венозная обструкция
	отрыв медиальной головки икроножной мышцы
	хроническая сердечная недостаточность
	нефротический синдром
	идиопатические циклические отеки
453	Болезнь Педжета-Шреттера – это патологическое состояние, обусловленное первичным тромбозом:
	верхней полый вены
	воротной вены
	нижней полый вены
	подключичной вены
	сагиттального синуса
	верхней полый вены
454	В течение какого срока от начала заболевания целесообразно проведение регионарного тромболизиса?
	10-14 дней
	2-3 недели
	5-7 дней
	6-12 часов
455	Вероятность тромбоза глубоких вен можно оценить с помощью шкалы
	индекс PESI
	индекс Wells
	модифицированный индекс Geneva
	шкала CHA2DS2-VASc
	шкала HAS-BLED
456	К антикоагулянтам, воздействующим на IIa фактор свёртывающей системы, относятся:
	антивитамины К
	дабигатрана этексилат
	клопидогрель
	нефракционированный гепарин
	ривароксабан
457	К антикоагулянтам, воздействующим на Ха фактор свёртывающей системы, относятся:
	антивитамины К
	дабигатрана этексилат
	низкомолекулярные гепарины
	ривароксабан
	сулодексид
458	Какими факторами обусловлено повреждение сосудистой стенки при развитии тромбоза?
	варикозным расширением вен
	воздействием провоспалительных цитокинов
	гипоксией
	дисфункцией мышечно-венозной помпы
	прямым воздействием при травме
459	Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне верхней полый вены являются:
	боль в шее и конечности усиливающаяся при движениях
	мраморная окраска конечности
	отек верхней конечности
	похолодание конечности
	цианоз и усиления венозного рисунка
460	Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне нижней полый вены являются:
	мраморная окраска конечности
	отек нижней конечности
	похолодание нижней конечности

	появление боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы
	распирающие боли в икроножных мышцах
461	Нарушения кровотока, приводящие к тромбообразованию в венозном русле, наблюдаются при:
	варикозным расширением вен
	воздействии провоспалительных цитокинов
	дисфункции мышечно-венозной помпы
	приёме гормональных препаратов
	сдавлении сосуда опухолью
462	Осложнениями венозного тромбоза являются:
	венозная гангрена
	парез конечности
	посттромбофлебитическая болезнь
	тромботическая окклюзия артерий конечности
	тромбоэмболия лёгочных артерий
463	Основными компонентами консервативного лечения тромбоза поверхностных вен являются:
	активный режим с ограничением статических нагрузок
	антикоагулянтная терапия (по показаниям)
	длительный постельный режим
	местное воздействие холодом и применение мазей с НПВС
	регионарный тромболизис
464	Основными методами консервативного лечения венозного тромбоза глубоких вен являются:
	антикоагулянтная терапия
	перемежающаяся пневмокомпрессия
	строгий постельный режим
	терапия диуретиками
	эластичная компрессия нижних конечностей
465	Пациентам с тромбозом глубоких вен голени показано проведение
	антикоагулянтной терапии
	дезагрегантной терапии
	перевязки подколенной вены
	тромболитической терапии
	тромбэктомии из глубоких вен
466	Пациентам с венозным тромбозом для профилактики тромбоэмболии легочных артерий показана имплантация кава-фильтра в следующих клинических ситуациях:
	выявление тромбоза глубоких вен голени у беременных во II-III триместрах
	невозможность проведения антикоагулянтной терапии
	неокклюзивном тромбозе бедренной вены
	неэффективности антикоагулянтной терапии
	рецидивирующий характер ТЭЛА при высокой лёгочной гипертензии
467	Осложнениями тромболитической терапии являются:
	аллергические реакции
	геморрагический инсульт
	забрюшинная гематома
	инфаркт миокарда
	некроз тонкой кишки
468	У пациентов с тромбозом поверхностных вен наиболее частыми жалобами являются:
	боли по ходу тромбированной подкожной вены
	локальное повышение температуры в проекции воспалённой вены
	мягкий отек нижней конечности
	плотный гиперемизированный тяж
	распирающие боли в икроножных мышцах

469	Противопоказаниями к назначению антикоагулянтов служат:
	атопическая бронхиальная астма
	высокий риск геморрагических осложнений
	гипокоагуляция
	пилефлебит
	терминальная почечная недостаточность
	беременность
470	Тромбоз поверхностных вен следует дифференцировать от следующих заболеваний:
	лимфангоита
	лимфостаза
	рожистого воспаления
	синдрома Лериша
	флегмоны конечности
471	К осложнениям тромбоэмболии легочных артерий относятся:
	инфаркт легкого
	парадоксальная эмболия артерий нижних конечностей
	первичная легочная гипертензия
	тромбоз коронарных артерий
	хроническая легочная гипертензия
472	Клиническими симптомами тромбоэмболии легочных артерий являются:
	боли за грудиной с иррадиацией в левую руку
	брадикардия
	коллапс
	кровохарканье
	одышка
473	Показания к проведению тромболитической терапии у пациентов с ТЭЛА возникают в следующих клинических ситуациях:
	ТЭЛА промежуточного высокого риска без признаков перегрузки ПЖ и/или нормальным уровнем сердечных биомаркеров
	ТЭЛА промежуточного высокого риска с признаками перегрузки ПЖ и/или повышенным уровнем сердечных биомаркеров
	ТЭЛА у пациента с ОНМК давностью менее 1 месяца
	массивная ТЭЛА с гемодинамическими нарушениями
	массивная ТЭЛА у пациентки через 3 суток после родов
474	Тромбоэмболию легочных артерий следует дифференцировать от следующих заболеваний:
	декомпенсированная сердечная недостаточность
	инфаркт миокарда
	межреберная невралгия
	перелом грудного отдела позвоночника
	пневмония
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
478	Ожидаемыми эффектами тренировочных упражнений при лечении пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей являются:
	метаболическая адаптация ишемизированной мышцы
	снижение выработки эндотелий зависимогo оксида азота
	улучшение гемореологии
	расширение существующих коллатеральных сосудов
479	Наличие трофической язвы или гангрены по классификации тяжести хронической ишемии конечностей по А.В. Покровскому относится к стадии
	III
	II
	IV
	I

480	Атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей - это
	аутоиммунное заболевание, характеризующееся гранулематозным воспалением аорты и магистральных артерий
	коагулопатия связанная с недостаточной функциональной активностью или количественным снижением/отсутствием фактора Виллебранда
	локальное заболевание преимущественно брюшного отдела аорты с постепенной закупоркой сосуда
	системное обменное заболевание с преимущественным поражением стенки аорты и артерий крупного и среднего калибра, сопровождающееся постепенной закупоркой артерий
481	Значение лодыжечно-плечевой индекс в диапазоне 0,41-0,90 интерпретируют как
	невозможно сдавить кальцинированные артерии
	норма
	поражение периферических артерий средней степени тяжести
	сомнительный результат
482	Значение лодыжечно-плечевой индекс в диапазоне 1,0-1,2 интерпретируют как
	невозможно сдавить кальцинированные артерии
	норма
	поражение периферических артерий средней степени тяжести
	сомнительный результат
483	Значение лодыжечно-плечевой индекс более 1,3 интерпретируют как
	невозможно сдавить кальцинированные артерии
	норма
	поражение периферических артерий средней степени тяжести
	сомнительный результат
484	К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с асимптомным течением?
	I
	III
	IIa
	IIb
485	К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с болью в покое?
	I
	III
	IIa
	IIb
486	К факторам риска развития атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей относятся:
	артериальная гипертензия
	варикозное расширение вен
	нарушения липидного обмена
	сахарный диабет
	тромбофилия
487	Перебегающая хромота – это синдром
	восстановления кровоснабжения конечности
	декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, сопровождающийся болью в покое
	преходящей хронической ишемии нижней конечности проявляющийся дискомфортом или болью в мышцах нижней конечности, возникающих при физической нагрузке
	хронического поражения периферических артерий с отсутствием клинических проявлений
488	Критическая ишемия конечности — это
	боль в конечности в покое
	кратковременная боль в конечности при нагрузке

	наличие трофических язвы более 2 недель
	боль при ходьбе от 100 до 200 метров
489	Что включает в себя модификация образа жизни у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей?
	коррекция веса
	ежедневная тренировочная ходьба
	отказ от курения
	отказ от физической активности
490	Атеротромбоз — это
	попадание в сосудистое русло большого количества микроорганизмов
	циркуляция в крови или лимфе не встречающихся в норме частиц (эмболов) с последующей закупоркой ими просвета сосудов
	образование тромбов на атеросклеротически измененной сосудистой стенке
	образование тромбов на неизменной сосудистой стенке
491	Критическая ишемия нижних конечностей определяется как
	стеноз терминального отдела аорты
	синдром компенсации хронической артериальной недостаточности конечности
	синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности
	окклюзирующее поражение бифуркации аорты
492	Первичную ампутацию конечности следует выполнять
	при невозможности реваскуляризации
	при критической ишемии
	при протяженности окклюзии более 20 см
	при наличии некротических изменений конечности
493	Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны следующие симптомы:
	мышечная контрактура в голеностопном суставе
	боли в конечности
	"мраморный рисунок" кожных покровов конечности
	похолодание конечности
	отсутствие активных движений в суставах конечности
	сохранение активных движений в суставах конечности
494	Оптимальная тактика лечения больного с эмболией бифуркации аорты, ишемией 2-Б степени, отеком легких
	отсроченная эмболэктомия из бифуркации аорты после купирования отека легких
	экстренная эмболэктомия из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями
	эмболэктомия из легочных артерий и пликация нижней полой вены
	аортобедренное шунтирование после купирования отека легких
	тромболитическая терапия
495	При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет
	чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии
	тромболитическая терапия стрептазой
	экстренная операция – эмболэктомия
	антикоагулянтная терапия
	первичная ампутация конечности
496	При эмболии правой общей подвздошной артерии, сопровождающейся тотальной контрактурой конечности, оптимальным методом лечения будет
	первичная ампутация конечности
	тромболитическая терапия
	экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией
	антикоагулянтная терапия
	введение миорелаксантов

497	Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты
	тораколапаротомия
	продольная стернотомия
	внебрюшинный доступ по пирогову
	двухсторонний бедренный доступ
	нижнесрединная лапаротомия
498	Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является
	мерцательная аритмия
	атеросклероз дуги аорты
	тромбоз вен большого круга кровообращения
	аневризма брюшного отдела аорты
	стеноз лёгочного ствола
499	Для решения вопроса об оперативного вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести следующие диагностические исследования:
	ультразвуковое ангиосканирование
	аортоартериографию
	КТ-ангиографию
	реовазографию нижних конечностей
	тредмил-тест
	термометрию
500	Для облитерирующего тромбангиита характерны следующие изменения артериального русла:
	поражение сосудов мелкого и среднего калибра
	равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей
	поражение сосудов крупного калибра
501	Для облитерирующего атеросклероза характерны следующие изменения артериального русла:
	поражение сосудов мелкого и среднего калибра
	равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
	наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей
	поражение сосудов крупного калибра
502	Аневризма брюшной аорты — это расширение аорты
	в 2.5 раза
	на 1 см
	на 2 см
	не менее чем в 2 раза
	не менее чем в 3 раза
503	Для диагностики разрыва аневризмы брюшной аорты первоначально наиболее целесообразно использовать
	аортографию
	компьютерную томографию
	лапароскопию
	рентгенографию брюшной полости
	ультразвуковое исследование
504	Клиническая картина разрыва аневризмы брюшной аорты включает:
	гипотонию
	ишемию нижних конечностей
	боли в животе и поясничной области
	тахикардию
	боли в нижних конечностях

505	Факторами риска развития аневризмы аорты являются:
	артериальная гипертензия
	курение
	атеросклероз
	тромбоз аневризмы
	переломы позвонков в анамнезе
506	Для решения вопроса о выборе объема вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести следующие диагностические исследования:
	ультразвуковое ангиосканирование
	аортоартериографию
	КТ-ангиографию
	реовазографию нижних конечностей
	тредмил-тест
	термометрию
507	Для торакоабдоминальных аневризм малого и среднего размеров в клинической симптоматике характерно
	постоянная или перемежающаяся боль в животе или дискомфорт чувство пульсации в животе или чувство "переполнения" после минимального приема пищи
	асимптомность течения
	кашель одышка затрудненное или болезненное глотание
	охриплость из-за паралича левого гортанного нерва
508	Признаками, позволяющими заподозрить аневризму аорты при рентгенографии органов грудной клетки, являются:
	правосторонняя пневмония
	расширение средостения
	смещение средостения вправо
	нарушение контура аорты
	кальциноз стенки аорты
509	Предпочтительная тактика ведения пациента при симптомной, но не разорвавшейся аневризме инфраренального отдела аорты
	амбулаторное наблюдение с назначением симптоматической терапии
	госпитализация в стационар и предоперационная подготовка в течении максимум 48 часов
	лечение на дневном стационаре
	полноценное предоперационное обследование в поликлинике с последующей госпитализацией в стационар
510	Предпочтительная тактика ведения пациента при аневризме инфраренального отдела аорты больших размеров
	амбулаторное наблюдение с назначением симптоматической терапии
	госпитализация в стационар и предоперационная подготовка в течении максимум 48 часов
	лечение на дневном стационаре
	полноценное предоперационное обследование в поликлинике с последующей госпитализацией в стационар
511	При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы на почве облитерирующего атеросклероза необходимо
	срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне средней или верхней трети бедра
	в экстренном порядке выполнить бедреннотибиальное шунтирование синтетическим протезом
	проводить антибактериальную терапию для перевода влажной гангрены в сухую
	проводить массивную антибиотикотерапию и тромболитическую терапию
	тромбэктомия катетером Фогарти
512	В качестве метода скрининга и первичной диагностики гемодинамически значимых стенозов и окклюзий мезентериальных артерий используют
	МРТ
	ангиографию

	рентгеновское исследование
	ультразвуковое исследование
513	Интестинальная ишемия – это
	вид нарушения функции кишечника
	острое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей
	приступ, который обычно возникает на фоне физического напряжения или сильных эмоций продолжается в течение нескольких минут и проходит в покое
	состояние, возникающее при нарушении кровоснабжения мезентериального кровообращения и характеризующееся специфическим абдоминальным симптомокомплексом
514	Инфаркт кишечника не может развиваться вследствие:
	тромбоза нижней полой вены
	эмболии верхней брыжеечной артерии
	тромбоза верхней брыжеечной артерии
	тромбоза верхней брыжеечной вен
	длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки
	тромбоза печеночных вен
515	Факторами риска развития острого нарушения мезентериального кровообращения являются:
	атеросклероз
	гемофилия
	неспецифический язвенный колит
	сепсис
	полипоз ободочной кишки
	мерцательная аритмия
516	Особенностями мезентериальной ишемии, связанными с эмболией артерий, являются:
	острое начало
	острая внезапная боль в области пупка или правом верхнем квадранте живота
	фибрилляции предсердий или недавно перенесенного инфаркта миокарда
	приступы брюшной стенокардии в анамнезе
	интенсивные боли в животе, схваткообразного характера
	страх перед приемом пищи
	медленное и постепенное начало
517	Особенностями мезентериальной ишемии, связанными с тромбозом артерий, являются:
	острое начало
	острая внезапная боль в области пупка или правом верхнем квадранте живота
	фибрилляции предсердий или недавно перенесенного инфаркта миокарда
	приступы брюшной стенокардии в анамнезе
	интенсивные боли в животе, схваткообразного характера
	страх перед приемом пищи
	медленное и постепенное начало
518	Для эмболической или тромботической окклюзии 1 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
	некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
	сегментарного некроза тонкого кишечника
	тотального некроза тонкой и толстой кишки
	некроза левой половины толстой кишки
	субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишки
519	Для эмболической или тромботической окклюзии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
	некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
	сегментарного некроза тонкого кишечника
	тотального некроза тонкой и толстой кишки
	некроза левой половины толстой кишки

	субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
520	Для эмболической или тромботической окклюзии 3 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
	сегментарного некроза тонкого кишечника
	тотального некроза тонкой и толстой кишки
	некроза левой половины толстой кишки
	субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
521	Для эмболической или тромботической окклюзии нижней брыжеечной артерии характерно развитие тромбоза левой половины толстой кишки
	сегментарного некроза тонкой кишки
	некроза всей толстой кишки
	некроза начального отдела тонкой кишки
	тотального некроза тонкой и толстой кишки
522	Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является ангиография брюшной полости
	КТ- ангиография брюшной полости
	ультразвуковое исследование брюшной полости
	МРТ брюшной полости
	лапароскопия
523	Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является анемии
	тромбоцитопения
	выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови
	повышение уровня гематокрита
	тромбоцитоз
524	КТ-признаками острого нарушения мезентериального кровообращения вследствие эмболии или тромбоза мезентериальных артерий являются:
	симптом "обрыва" артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее
	дефекты контрастирования в ветвях воротной вены
	повышение плотности стенки кишки
	истончение стенки кишки
	утолщение стенки кишки
	снижение контрастирования стенки
	усиление контрастирования стенки
525	КТ-признаками острого нарушения мезентериального кровообращения вследствие тромбоза мезентериальных вен являются:
	симптом "обрыва" артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее
	дефекты контрастирования в ветвях воротной вены
	повышение плотности стенки кишки
	истончение стенки кишки
	утолщение стенок кишки
	снижение контрастирования стенки
	усиление контрастирования стенки
526	КТ-признаками инфаркта кишки при остром нарушении мезентериального кровообращения являются:
	утолщение стенок кишки
	истончение стенки кишки
	усиление контрастирования стенки
	отсутствие контрастирования стенки
	наличие пузырьков газа в брыжеечной и воротной венах
	признаки спазма висцеральных сосудов

527	Оптимальным объемом оперативного пособия при эмболических формах острой ишемии кишечника и отсутствии гангрены кишечника является
	реваскуляризация с выполнением аортомезентериального анастомоза
	эмболэктомия
	резекция кишки с выведением стомы
	резекция кишки с наложением анастомоза
	эксплоративная лапаротомия
528	Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентерального кровообращения является
	антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
	хирургическая операция
	динамическое наблюдение
	использование мини инвазивных вмешательств
	активно-выжидательная тактика
529	Необструктивным нарушениям циркуляции мезентериальных сосудов могут способствовать
	аритмии
	введение адреномиметиков
	прием мочегонные препараты
	хроническая обструктивная болезнь легких
	гиповолемии
530	У пациентов, оперированных по поводу первичных грыж брюшной стенки, встречаются следующие осложнения:
	ранний рецидив грыжи
	хроническая послеоперационная боль
	пневмокониоз
	серома операционной раны
	инфицирование эндопротеза
531	Выберите наиболее частый исход серомы после операции по поводу паховой грыжи
	хроническая водянка яичка
	образование гранулемы
	нагноение
	рассасывается в течение 6-8 недель
532	Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к
	образованию кишечных свищей
	кровотечению
	хроническому колиту
	хроническому циститу
533	Главной целью послеоперационного периода является
	предупреждение и выявление осложнений, борьба с ними
	поддержание и оптимизация регенерации и адаптации
	поддержание регенерации и адаптации, предупреждение и выявление осложнений, борьба с ними
	коррекция постоперационной функциональной несостоятельности органов и систем
534	Продолжительность постоперационного периода определяется
	с момента окончания операции до полного или неполного выздоровления больного
	с момента окончания операции до выписки из стационара
	12 месяцев после окончания операции
	3 недели после окончания хирургического вмешательства
535	Ранний постоперационный период длится
	3 - 5 суток
	24 - 72 часа
	1 неделю
	14 дней

	2 - 3 недели
536	Продолжительность позднего послеоперационного периода составляет
	14 дней
	2 - 3 недели
	3 - 4 недели
	1 месяц
	3 месяца
537	Отдаленный послеоперационный период обычно длится
	с 3 по 4 недели
	с 1 месяца до 5-6 месяцев
	с 3 недели до 2 - 3 месяцев
	5 - 6 месяцев
	1 год
538	Повышение температуры при неосложненном течении послеоперационного периода
	возможно – как субфебрилитет в течение первых 2 - 3 дней
	невозможно
	возможно – как умеренная перемежающаяся лихорадка в течение первых семи дней
	возможно – как умеренная постоянная лихорадка в течение первой недели
539	Изменения клеточного состава крови при неосложненном течении послеоперационного периода
	возможны в виде абсолютного лимфоцитоза, связанного с постоперационной гиперплазией лимфоцитарного ростка
	возможны в виде умеренного лейкоцитоза, анемии и тромбоцитопении в течение первых 2 - 3 дней
	возможны в виде эритроцитоза и тромбоцитоза в результате гиперплазии эритроидного и мегакариоцитарного ростка
	невозможны
540	Контроль кислотно-основного состояния внутренней среды при неосложненном течении послеоперационного периода
	не проводится
	проводится обязательно
	контроль необходим только в отдельных случаях
	только после вмешательств по поводу заболеваний почек
541	Контроль функций выделительной системы при неосложненном течении послеоперационного периода
	проводится во всех случаях
	не проводится
	контроль необходим только в отдельных случаях
	только после вмешательств по поводу урологической патологии
542	При неосложненном течении постоперационного периода назначение наркотических анальгетиков
	не применяется
	применяется всем больным без исключения
	применяется в первые 2 - 3 дня после обширных полостных операций в рамках мультимодальной анальгезии
	применяется только после открытых хирургических вмешательств
	При неосложненном течении постоперационного периода перидуральная анестезия
543	не применяется
	применяется у всех больных без исключения для профилактики постоперационного пареза кишечника
	применяется с целью обезболивания после операций на органах брюшной полости, а также для профилактики и устранения пареза кишечника
	применяется только после торакальных хирургических вмешательств
544	Продолжительность катаболической фазы постоперационного периода обычно составляет
	24 - 48 часов

	72 часа
	5 -7 дней
	7 - 14 суток
545	Катаболическая фаза постоперационного периода характеризуется
	развитием тканевого алкалоза
	повышенный распад белка
	торможением биосинтеза и освобождения глюкокортикоидов и альдостерона
	интенсификацией окислительно-восстановительных процессов в тканях
	снижение активности симпато-адреналовой системы
546	Потеря белка во время катаболической фазы постоперационного периода
	отсутствует
	не превышает 1 - 2 г в сутки
	может достигать 30 - 40 г в сутки
	составляет 100 - 200 г в сутки
547	Фаза обратного развития постоперационного периода длится в течение
	24 часов
	5 -7 дней
	7 - 14 суток
	3 - 5 суток
548	Для фазы обратного развития постоперационного периода характерно
	постепенное уменьшение активности симпато-адреналовой системы
	повышенный распад белка
	супрессия биосинтеза гликогена
	развитие тканевого алкалоза
	угнетение образования белков
549	В фазу обратного развития характерной особенностью белкового обмена является
	отрицательный азотистый баланс
	положительный азотистый баланс
	повышенный распад белка
	угнетение синтеза белка
550	Продолжительность анаболической фазы постоперационного периода составляет
	3 - 4 недели
	1 - 2 недели
	2 - 5 недель
	5 -7 дней
	7 - 14 суток
551	Анаболическая фаза постоперационного периода характеризуется
	интенсификацией процессов репарации
	гиперактивностью симпато-адреналовой системы
	супрессией парасимпатической нервной системы
	усилением синтеза и высвобождения глюкокортикоидов
	супрессией транспорта глюкозы через клеточные мембраны
552	В анаболическую фазу постоперационного периода характерной особенностью белкового обмена является
	усиление синтеза белков
	отрицательный азотистый баланс
	интенсификация распада белков
	торможение биосинтеза белка
553	В раннем постоперационном периоде адекватное положение в постели является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
	кровотечения

	парез кишечника
	острая дыхательная недостаточность
	острая сердечная недостаточность
	пролежни
554	В раннем послеоперационном периоде ранняя активизация больных является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как:
	нарушение гемодинамики
	дыхательная недостаточность
	парез кишечника
	кровотечение
	инфицирование раны
	острая почечная недостаточность
	пролежни
555	В раннем послеоперационном периоде антибиотикопрофилактика является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как:
	развитие инфекции
	осложнения со стороны органов дыхания
	расхождение швов
	пролежни
	воспаление мест стояния катетеров
	нарушение гемодинамики
556	В раннем послеоперационном периоде использование антикоагулянтов является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
	пролежни
	кровотечение
	тромбоэмболия легочных артерий
	нарушения внутрипочечной гемодинамики
	послеоперационная пневмония
	расхождение швов
557	В раннем послеоперационном периоде физиотерапевтические процедуры являются фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
	острая недостаточность органов дыхания и пищеварения
	острая сердечная недостаточность
	острая сосудистая недостаточность
	пролежни
558	В раннем послеоперационном периоде дыхательная гимнастика является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
	гипоксическая дыхательная недостаточность
	центрoгенная дыхательная недостаточность
	каркасная дыхательная недостаточность
	идиопатические гиповентиляционные синдромы
559	Инфекционные осложнения у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами как
	стафилококк
	кишечная палочка
	стрептококк
	бактероиды
560	После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:
	через 6-12 часов для тонкой кишки
	в течение 5 суток для толстой кишки
	в срок 48-72 часа для толстой кишки
	в срок 3 суток для всех отделов

561	С целью профилактики аспирационного синдрома в экстренной хирургии необходимо
	опорожнить желудок с помощью зонда
	положить больного на левый бок
	придать больному положение Тренделенбурга
	быстро ввести в состояние наркоза
562	Длительное нахождение катетера в вене может привести к такому патологическому состоянию, как
	септический флебит
	пневмоторакс
	плеврит
	ДВС-синдрому
563	Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением после тиреоидэктомии является
	поражение возвратного нерва
	кровотечение
	тиреотоксический криз
	гипотиреоз
	транзиторный гипопаратиреоз
564	Причинами синдрома желтухи в ранние сроки после холецистэктомии могут быть:
	дуоденостаз
	резидуальный холедохолитиаз
	стеноз большого дуоденального сосочка
	травма внепеченочных желчных протоков
	ранняя спаечная кишечная непроходимость
565	Факторами, способствующими улучшению венозного кровотока в низких конечностях в послеоперационном периоде, являются:
	антикоагулянтная терапия
	ранняя активизация
	эластичная компрессия
	возвышенное положение конечностей
	длительный и строгий постельный режим
	возвышенное положение головы
566	Причинами пареза кишечника в послеоперационном периоде могут явиться:
	операционная травма при операциях на брюшной полости
	перитонит
	панкреатит
	ранняя активизация
	водно-электролитные нарушения
	эпидуральная аналгезия
567	Факторы, предрасполагающие к развитию легочных осложнений в послеоперационном периоде:
	густая слюна
	рвота и регургитация
	неадекватное обезболивание
	ранняя активизация
	водно-электролитные нарушения
568	Признаками поверхностной инфекции области хирургического вмешательства являются:
	болезненность при пальпации
	покраснение кожи
	врезание кожных швов
	кровотечение из раны между швами
	уплотнение тканей вокруг раны
569	К осложнениям со стороны раны, возникающие в поздние сроки после операции на органах брюшной полости, относятся:
	кровотечение

	лигатурный свищ
	грыжа
	некроз краев раны
	эвентрация кишечных петель
570	Укажите мероприятия, направленные на профилактику пролежней:
	ранняя активизация больных
	исключить наличие на постельном белье складок
	строгий постельный режим
	подкладка резиновых кругов
	использование мокрых простыней
571	Закрытой называется травма груди, которая
	не сопровождается нарушением целостности кожного покрова
	сопровождается нарушением целостности париетальной плевры
	не сопровождается нарушением целостности париетальной плевры
	сопровождается нарушением целостности кожного покрова
572	Для открытой травмы груди или живота характерно
	сохранение целостности кожного покрова
	повреждение кожного покрова
	повреждение мышц стенки
	повреждение плевры или брюшины
573	Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза гемоторакса:
	плевральная пункция
	ультрасонография
	компьютерная томография
	сцинтиграфия органов грудной клетки
	торакоскопия
574	Критерием, определяющим проникающий характер ранения груди, является
	нарушение костного каркаса
	сохранение целостности париетальной плевры
	нарушение целостности париетальной плевры
	нарушение целостности кожного покрова
575	Основной жалобой при ушибах грудной клетки является
	общая слабость
	затрудненное дыхание
	боль при пальпации, усиливающаяся при движении и дыхании
	повышение температуры тела
576	Достоверным клиническим признаком перелома ребра является
	костная крепитация
	болезненность при пальпации
	асимметрия движений обеих половин грудной клетки
	местный отёк мягких тканей
577	Рентгенологическим признаком гемоторакса является:
	изменения паренхимы по типу «матового стекла»
	повышенная воздушность легочной ткани
	гомогенное затемнение в нижних отделах
	отсутствие легочного рисунка на периферии
	синдром «снежной бури»
578	Рентгенологическим признаком пневмоторакса является
	изменения паренхимы по типу «матового стекла»
	повышенная воздушность легочной ткани

	гомогенное затемнение в нижних отделах
	отсутствие легочного рисунка на периферии
	синдром «снежной бури»
579	Отличить продолжающееся кровотечение от состоявшегося при гемотораксе позволяет проба:
	Мартинета
	Рувилюа–Грегуара
	Петрова
	Эфендиева
	Вальсальвы
580	Типичной точкой для пункции и дренирования плевральной полости при пневмотораксе является
	II межреберье по среднеключичной линии
	V межреберье по передней подмышечной линии
	VII межреберье по лопаточной линии
	VI межреберье по задней подмышечной линии
	III межреберье по парастеральной линии
581	Типичной точкой для пункции и дренирования плевральной полости при гемотораксе является
	II межреберье по среднеключичной линии
	V межреберье по передней подмышечной линии
	VII межреберье по лопаточной линии
	VI межреберье по задней подмышечной линии
	III межреберье по парастеральной линии
582	О наличии крови в брюшной полости может свидетельствовать положительный симптом
	Воскресенского
	Бартомье-Михельсона
	Кулленкампа
	Ситковского
	Мейо-Робсона
583	Исчезновение печеночной тупости при перкуссии позволяет заподозрить повреждение:
	крупных сосудов забрюшинного пространства
	селезенки
	полого органа
	межреберных сосудов
	печени
584	Методом выбора в лечении закрытого пневмоторакса является
	Наложение давящей повязки
	Экстренная торакотомия
	Интубация трахеи
	Экстренная бронхоскопия
	Дренирование плевральной полости
585	Первой помощью при пневмотораксе является
	Наложение давящей повязки
	Экстренная торакотомия
	Интубация трахеи
	Экстренная бронхоскопия
	Дренирование плевральной полости
586	Расширение тени, сглаживание талии сердца на обзорной рентгенограмме грудной клетки при сочетанной травме позволяет заподозрить
	гемоторакс
	пневмоторакс
	тампонаду сердца
	повреждение пищевода
	ушиб сердца

587	При подозрении на перфорацию полого органа в первую очередь следует выполнить
	обзорную рентгенографию органов брюшной полости
	ультразвуковое исследование органов брюшной полости
	эзофагогастродуоденоскопию
	диагностическую лапароскопию
	колоноскопию
588	«Триада смерти» при политравме включает в себя:
	метаболический ацидоз
	метаболический алкалоз
	гипотермия
	гипертермия
	коагулопатия
589	Триада Бека при тампонаде сердца включает в себя:
	брадикардию
	снижение артериального давления
	повышение центрального венозного давления
	ослабление сердечных тонов
	нарушения ритма сердца
590	Отличить инфицированный гемоторакс от стерильного позволяют пробы:
	Рувилуа–Грегуара
	Петрова
	Эфендиева
	Вальсальвы
	Руфье-Диксона
591	Величина гематомы при ушибе зависит от следующих факторов:
	калибра поврежденного сосуда
	локализации ушиба
	площади поврежденной поверхности
	эластичности тканей
592	Закрытые повреждения мягких тканей конечностей – это
	морфологический субстрат, который имеет локальные проявления в виде сотрясений, ушибов, сдавлений, вывихов или переломов
	повреждение тканей и органов с нарушением целостности их покровов, вызванное огнестрельным агентом характеризующееся зоной первичного и вторичного некроза, а также первичным микробным загрязнением
	группа заболеваний, представленных ушибами, растяжениями, разрывами подкожно расположенных соединительнотканых структур и мышц
	группа заболеваний, характеризующихся нарушением целостности кожных покровов
593	К симптомам ушиба относятся:
	припухлость
	кровоподтек
	кровотечение
	боль
	наличие раны в области травмы
594	Нарастающие межмышечные гематомы опасны из-за
	возможности инфицирования
	болевого синдрома
	возможности вторичного сдавления нервов и кровеносных сосудов
	возможности резорбции
595	Достоверным признаком повреждения диафрагмы является получение при дренировании плевральной полости

	лимфы
	желудочного содержимого
	крови
	гноя
596	При сочетанной травме рекомендовано выполнить МСКТ зон
	голова, шея, грудь
	голова, шея, грудь, живот, таз
	голова, шея, грудь, живот
	шея, грудь
597	Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают
	повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
	переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов
	переломы бедра и голени с одной или с двух сторон
	повреждения полых и термический ожог
598	Что такое кататравма?
	падение с высоты
	автомобильная травма
	ножевое ранение
	поездная травма
	бытовая травма

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Опишите методику сбора информации (жалобы, анамнез, и т.д.) у пациентов и (или) законных представителей с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в условиях амбулаторного приема;
2. Опишите методику обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях;
3. Опишите методику проведения манипуляций:
 - ✓ пальцевого ректального исследования;
 - ✓ определения группы крови и ее видовой принадлежности;
 - ✓ промывания желудка;
 - ✓ лапароцентеза;
 - ✓ пункции плевральной полости при гидротораксе;
 - ✓ дренирования плевральной полости при пневмотораксе;
4. Оцените данные лабораторных исследований и сделайте заключение об изменениях;
5. Оцените данные инструментальных методов исследования и сделайте заключение об изменениях;
6. Опишите методику дифференциальной диагностики и постановки предварительного диагноза на основании клинического осмотра пациентов;
7. Опишите тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях;
8. Назначьте лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях, с учетом современных методов консервативного и оперативного лечения, определите показания к госпитализации;

5. Опишите лечебные манипуляции и техники при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в амбулаторных условиях, в числе которых:

- ✓ технику кожного шва;
- ✓ технику сосудистого шва;
- ✓ технику работы с электрокоагулятором;
- ✓ технику обработки рук хирурга;
- ✓ технику выполнения первичной хирургической обработки раны;
- ✓ внутрисуставное введение лекарственных препаратов;
- ✓ биопсия лимфатического узла;
- ✓ пункция плевральной полости;
- ✓ установка назогастрального зонда;
- ✓ биопсия молочной железы чрескожная;
- ✓ катетеризация мочевого пузыря;
- ✓ наложение иммобилизационной повязки при переломах костей;
- ✓ наложение гипсовой повязки при переломах костей;
- ✓ наложение окклюзионной повязки на грудную клетку;
- ✓ удаление поверхностно расположенного инородного тела;
- ✓ вскрытие панариция;
- ✓ некрэктомия;
- ✓ вскрытие фурункула (карбункула);
- ✓ удаление доброкачественных новообразований кожи;
- ✓ удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки;
- ✓ удаление ногтевой пластинки с клиновидной резекцией матрикса;
- ✓ вправление вывиха сустава;
- ✓ вправление вывиха нижней челюсти;
- ✓ коникотомия;
- ✓ дренирование плевральной полости;
- ✓ вправление парафимоза;
- ✓ иссечение новообразования мягких тканей;
- ✓ местная анестезия;
- ✓ проводниковая анестезия;
- ✓ выполнения перевязок больным после хирургических операций;
- ✓ пункция и эвакуация содержимого осумкованных сером и гематом;
- ✓ наложение швов;

9. Опишите тактику ведения больных с дренажами;

10. Продемонстрируйте (расскажите) о тактике оказания медицинской помощи при следующих неотложных состояниях:

- ✓ продолжающееся наружное и внутреннее кровотечение, острая кровопотеря;
- ✓ геморрагический шок;
- ✓ травматический шок;
- ✓ инфекционно-токсический шок;
- ✓ синдром длительного сдавления;
- ✓ острое нарушение проходимости дыхательных путей;
- ✓ напряженный пневмоторакс;

- ✓ электротравма;
- ✓ отморожение, переохлаждение;
- ✓ ожоги;

11. Опишите технику оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания):

- ✓ проведения непрямого массажа сердца. Выбор точки для компрессии грудной клетки; прекардиальный удар; техника закрытого массажа сердца;
- ✓ проведения искусственной вентиляции легких.
- ✓ сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации;
- ✓ выбора медикаментозной терапии при расширенной реанимации;

12. Опишите технику организации реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

13. Перечислите показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;

14. Определите профилактические мероприятия и сроки проведения диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;

15. Перечислите документы, необходимые для направления больного с травмами, их последствиями и хирургическими заболеваниями на МСЭ с целью установления степени нетрудоспособности;

16. Перечислите документы, которые необходимо заполнить в амбулаторных условиях на хирургического больного;

17. Опишите, как происходит обработка и хранение данных функционально-диагностических исследований с помощью компьютерных технологий;

18. Опишите правила работы по сбору, обработке, защите и передаче персональных данных;

19. Опишите процесс работы с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы).

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Права пациента. Врачебная тайна и защита персональных данных. Информация о состоянии здоровья пациента.

2. Первичная медико-санитарная помощь по профилю «Хирургия». Амбулаторно-поликлинический хирургический прием. Маршрутизация пациентов. Стационарзамещающие технологии.

3. Экспертиза временной нетрудоспособности в хирургии. Порядок выдачи листов нетрудоспособности. Стойкое нарушение функций организма. Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

4. Этика и деонтология в работе врача-хирурга. Взаимоотношения «врач — пациент». Профессиональные деформации и конфликты. Ятрогения в хирургии.

5. Асептика и антисептика в амбулаторной хирургической практике. Санитарно-эпидемиологический режим хирургического кабинета. Профилактика внутрибольничных инфекций.

6. Хирургические инструменты общего и специального назначения. Хирургические наборы. Правила стерилизации и хранения инструментов. Электрохирургия и электробезопасность.

7. Шовный материал в хирургии. Классификация и критерии выбора. Хирургический узел и шов. Влияние шовного материала на заживление тканей. Сроки и техника удаления швов.

8. Предоперационная подготовка пациента в амбулаторных условиях. Показания к операции (абсолютные и относительные). Оценка степеней операционного и анестезиологического риска.

9. Синдром «острого живота». Физикальное обследование. Дифференциальная диагностика абдоминальной патологии. Алгоритмы амбулаторного диагностического поиска.

10. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с почечной коликой и ургентной гинекологической патологией.

11. Заболевания прямой кишки в амбулаторной практике. Осложнения геморроя, анальная трещина, острый и хронический парапроктит, эпителиальный копчиковый ход.

12. Заболевания магистральных артерий и вен в амбулаторной практике. Алгоритмы диагностики, маршрутизация, лечебная тактика.

13. Синдром диабетической стопы. Особенности ведения, профилактика осложнений.

14. Острая патология органов грудной полости в практике врача поликлиники. Легочные кровотечения, пневмоторакс, плевриты, нагноительные заболевания легких и плевры.

15. Заболевания эндокринных органов и врожденные патологии в практике амбулаторного хирурга. Патология щитовидной железы и надпочечников.

16. Ожирение и бариатрическая хирургия. Подготовка пациента к хирургической коррекции.

17. Травмы и повреждения тканей. Классификация травм по механизму и виду повреждающего фактора. Особенности ведения пациентов с травмами мягких тканей на амбулаторном этапе.

18. Неотложные и критические состояния в амбулаторной практике. Гиповолемический, кардиогенный, геморрагический, анафилактический, травматический и септический шок. Шкалы оценки тяжести травм и шокового индекса.

19. Кровотечения в хирургии. Методы временной и окончательной остановки кровотечений. Инфузионная терапия и оценка степени дегидратации на догоспитальном этапе.

20. Местное обезболивание в амбулаторной хирургии. Проводниковые и инфильтрационные блокады. Расчет безопасных доз местных анестетиков. Системная токсичность анестетиков.

21. Малая амбулаторная хирургия - оперативная техника при доброкачественных новообразованиях кожи и подкожной клетчатки (липомы, атеромы).

22. Малая амбулаторная хирургия - оперативная техника при вросшем ногте.

23. Малая амбулаторная хирургия - пункции кист, суставов и плевральной полости.
24. Раны и раневой процесс. Фазы заживления ран в норме и патологии. Факторы замедления регенерации. Первичная и вторичная хирургическая обработка ран (ПХО и ВХО). Первично-отсроченные и вторичные швы. Кожная пластика.
25. Местное лечение гнойных и инфицированных ран. Интерактивные перевязочные средства. Системная и местная антибактериальная терапия в гнойной хирургии.
26. Острая гнойная инфекция мягких тканей и железистых органов. Абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул. Техника вскрытия, санации и дренирования гнойных очагов.
27. Хирургический сепсис. Критерии «Сепсис-3». Шкалы SOFA и qSOFA. Органная дисфункция при сепсисе.
28. Специфическая инфекция. Анаэробная инфекция мягких тканей.
29. Столбняк и правила экстренной профилактики. Особенности контроля и лечебной тактики.
30. Послеоперационный период на амбулаторном этапе. Фазы послеоперационного периода. Нормальное течение и реактивные метаболические изменения в организме.
31. Динамический клинический контроль за послеоперационным пациентом. Система «красных флагов» осложнений. Лабораторные и инструментальные методы мониторинга.
32. Ранние послеоперационные осложнения. Инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ). Несостоятельность швов и анастомозов. Лечебно-диагностический алгоритм.
33. Тактика амбулаторного хирурга при послеоперационных кровотечениях, эвентрации, перитоните, лигатурных свищах.
34. Поздние послеоперационные осложнения. Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки. Спаечная кишечная непроходимость.
35. Венозные тромбоэмболические осложнения в амбулаторной практике. Особенности диагностики, маршрутизации и лечения.
36. Реабилитация и профилактическая работа в амбулаторных условиях. Диспансеризация и диспансерное наблюдение хирургических больных.
37. Восстановительное лечение: физиотерапия, массаж и лечебная физкультура в послеоперационном периоде. Возможности, ограничения, показания и противопоказания.
38. Ведение пациентов с наружными кишечными свищами, стомами. Медико-социальная и психологическая реабилитация стомированных больных.
39. Оценка состояния конечности при острой артериальной непроходимости. Дифференциальный диагноз с острым венозным тромбозом. Предельные сроки госпитализации.
40. Дифференциальный диагноз грыж передней брюшной стенки. Тактика при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже в присутствии врача.
41. Рациональная антибиотикотерапия в амбулаторной гнойной хирургии. Критерии отказа от системных антибиотиков при поверхностных гнойных очагах. Алгоритм выбора препаратов.

42. Местное лечение трофических язв различной этиологии. Принципы подбора интерактивных повязок в зависимости от фазы раневого процесса и уровня экссудации. Обучение пациента туалету раны.

43. Маршрутизация пациентов при подозрении на онкологическое заболевание, выявленное на амбулаторном приеме. Сроки оказания помощи по профилю «Онкология». Онкологическая настороженность при удалении доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки.

44. Экспертиза временной нетрудоспособности на амбулаторном хирургическом приеме. Порядок открытия, продления и закрытия листков нетрудоспособности. Роль врачебной комиссии (ВК).

45. Неотложные состояния и экстренные манипуляции на приеме: пошаговый алгоритм действий медицинского персонала при развитии анафилактического шока в процедурном или операционном кабинете поликлиники. Неотложная помощь при обмороке и коллапсе во время проведения малых хирургических манипуляций.

46. Медицинская реабилитация пациентов после хирургических вмешательств. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению медицинской реабилитации пациентов.

47. Санитарно-просветительская работа среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников по вопросам профилактики хирургических заболеваний и (или) состояний. Формы и методы санитарно-просветительной работы. Специфическая и неспецифическая профилактика.

48. Диспансеризация взрослого населения. Группы риска, периодичность обследований, выявление факторов риска.

49. Диспансерное наблюдение пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, в том числе после перенесенных хирургических вмешательств. Задачи диспансерного наблюдения. Частота.

Ситуационные задачи

Задача 1

На приеме пациент 65 лет, у которого два дня назад появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье и эпигастриальной области. Однократно была рвота желудочным содержимым. Сегодня отмечено повышение температура тела повысилась до 37,1°C.

Объективно: состояние больного средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Ортнера, Мюсси, а также Мерфи. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Задания:

1. Предположите диагноз
2. Какие исследования могут быть выполнены в амбулаторных условиях для уточнения диагноза?
3. Показана ли экстренная госпитализация?
4. Возможно ли лечение в амбулаторных условиях?

Задача 2

На амбулаторный прием обратилась пациентка 45 лет. В анамнезе: 3 дня назад выписана из стационара, где была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого флегмонозного холецистита. Сегодня отметила появление болей в правом подреберье, повышение температуры до 37,3°C.

Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. В правом подреберье нечетко пальпируется малоподвижный, болезненный инфильтрат, мягкоэластической консистенции, определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Перистальтика выслушивается, не усилена. Признаков воспаления послеоперационной раны нет.

Задания:

1. Какая фаза послеоперационного периода у пациентки?
2. Нормальное течение послеоперационного периода или развились осложнения?
3. В случае осложненного течения, какое осложнение могло развиваться?
4. Показано ли экстренная госпитализация?

Задача 3

Мужчина 30 лет получил травму руки при работе с циркулярной пилой. Обратился в поликлинику через 40 минут после травмы. При осмотре: на ладонной поверхности левого предплечья — резаная рана длиной 5 см, глубиной до 1 см. Края раны ровные, кровотечение умеренное, венозное. Движения в кисти сохранены, чувствительность не нарушена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз согласно классификации ран
2. Перечислите этапы первичной хирургической обработки раны
3. Определите дальнейшую тактику: нужно ли накладывать швы?
4. Каковы рекомендации пациенту по уходу за раной и срокам снятия швов?

Задача 4

Больной 55 лет обратился с жалобами на боли в нижних конечностях с обеих сторон при ходьбе до 200 м. Отмечает снижение потенции. Жалобы в течение 3-х лет, прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст.

St. localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голеньях. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить на амбулаторном этапе
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Показана ли госпитализация в стационар (экстренная, плановая)?

Задача 5

Больная 35 лет обратилась с жалобами на отек левой нижней конечности, боли распирающего характера в икроножных мышцах. В течение длительного времени использует оральные контрацептивы.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 17 в мин, пульс 76 в мин, АД – 120/80 мм рт.ст.

St. localis: левая нижняя конечность обычной окраски, подкожный венозный рисунок усилен, отека: +1,5 см на голени, +4,0 см на бедре. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий определяется на всем протяжении.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Выявление каких симптомов может подтвердить диагноз?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Показана ли госпитализация в стационар (экстренная, плановая)?

Задача 6

Пациент 36 лет, 3-е суток назад в травмпункте перенес первичную хирургическую обработку раны нижней трети правого бедра по поводу травмы в быту (напоролся на доску с торчащими ржавыми гвоздями). Была рекомендована антибактериальная терапия. Сегодня состояние ухудшилось. Развилась гипертермия до 38°C, тахикардия. При минимальной нагрузке беспокоит одышка.

При осмотре в области послеоперационной раны правого бедра определяется отек мягких тканей, при пальпации в окружности раны определяется крепитация мягких тканей.

Задания:

1. Какое осложнение развилось?
2. Сформулируйте диагноз
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Показана ли госпитализация в стационар (экстренная, плановая)?

Задача 7

На приеме девушка, 26 лет. Заболела около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастральной области, которые спустя некоторое время переместились в правую половину живота, больше в правую подвздошную область.

При осмотре: Температура – 37,2°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Показана ли госпитализация в стационар (экстренная, плановая)?

Задача 8

На приеме больной Р., 42 лет, грузчик. Периодически беспокоят боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 76 в мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/75 мм рт.ст. При ректальном исследовании: на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Показана ли госпитализация в стационар (экстренная, плановая)?

Задача 9

Пациентка С., 34 лет, обратилась с жалобами на опухолевидное образование на правом бедре, которое появилось несколько лет назад. В последующем отметила увеличение образования в размерах.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 76 в мин. АД 120/75 мм рт.ст. ИМТ 24,3 кг/м². Местно: на латеральной поверхности бедра определяется округлое образование, размером 3,5х4,0х2,5 см, мягкоэластической консистенции, не спаяно с кожей, подвижное, при пальпации безболезненное, кожа над ним не изменена.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие инструментальные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения.
4. В случае оперативного лечения, какие осложнения могут развиваться?

Задача 10

Пациент К., 53 лет, обратился по поводу болезненного образования в лопаточной области справа. Вечером накануне эпизод подъема температуры тела до 37,8С. Ранее (около 5 лет назад) в данной зоне оперативное лечение атеромы. Страдает сахарным диабетом.

Объективно: Состояние удовлетворительное. ЧДД 19 в мин. Пульс 92 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Местно: в правой лопаточной области, в проекции послеоперационного рубца определяется округлое образование, размером 3,0х3,0х2,5 см, плотной консистенции, спаяно с кожей, неподвижное, при пальпации резкая болезненность, гиперемия кожи, в центральной части образования зона размягчения.

Задания:

1. Предварительный диагноз
2. Какие инструментальные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Тактика лечения.
4. Причина развития данного заболевания.

Задача 11

На приеме пациент Т., 67 лет, с жалобами на боль, покраснение в области большого пальца правой стопы. Болеет в течение 5 дней. Лечился самостоятельно (хлоргексидин местно). Сегодня отметил гнойные выделения.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Местно: большой палец правой стопы увеличен за счет отека медиального валика, отмечается гиперемия и локальная гипертермия, при пальпации резкая болезненность и поступление гнойного отделяемого.

Задания:

1. Предварительный диагноз
2. Возможно ли консервативное лечение?
3. Тактика лечения.
4. Дайте рекомендации по профилактике заболевания.

Задача 12

Пациентка М., 18 лет, во время прогулки упала и ударилась левым плечом о бордюр.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Местно: по латеральной поверхности левого плеча зона ссадины под струпом (зона 3х5 см), отек и подкожная гематома, при пальпации болезненна; кровотечения нет. Ограничения в движении из-за болезненности.

Задания:

1. Предварительный диагноз
2. Какие инструментальные методы исследования необходимы в данной ситуации?
3. Тактика лечения.
4. Необходима ли иммунопрофилактика?

Задача 13

Пациентка И., 26 лет, во время готовки случайно облила левое предплечье кипятком.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Местно: по передней поверхности левого предплечья отмечается зона гиперемии и отека, размером 5х6 см, булл или отслоения эпидермиса нет.

Задания:

1. Предварительный диагноз
2. Оцените площадь поражения
3. Тактика лечения.
4. Необходима ли иммунопрофилактика?

Задача 14

Пациент Р., 22 лет, был укушен собакой во время катания на электросамокате. Кровотечение остановил самостоятельно. Собака убежала, хозяев не нашел. Прививка от столбняка около 3-х лет назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Местно: на латеральной поверхности правой голени в нижней трети укушенная рана, неглубокая, края неровные, кровотечения нет.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз
2. Опишите последовательность обработки раны
3. Тактика дальнейшего лечения
4. Необходима ли иммунопрофилактика?

Задача 15

Пациент Ф., 42 лет, отметил дискомфорт и шарообразное образование в области пупка, которое появилось неделю назад после физической нагрузки. В последующем уменьшилось, однако появлялось снова при натуживании и кашле.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Пульс 68 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Местно: в области пупка определяется мягкое, округлое выпячивание диаметром около 3 см, частично вправимое в брюшную полость при надавливании и в положении лёжа, при кашле и подъеме головы увеличивается в размерах; при пальпации некоторая болезненность, кожа не изменена.

Задания:

1. Предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика дальнейшего лечения
4. Показана ли экстренная госпитализация?

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Общая хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. мед. учеб. заведений /под ред. Н. А. Кузнецова]. – 2-е изд. – Москва.: МЕДпресс-информ, 2021. – 896 с. (Учебная литература). - Режим доступа: http://books-up.ru	Удаленный доступ https://www.booksup.ru/ru/book/obcshaya-hirurgiya11963068/
2.	Общая хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / В.К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 727 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456125.html
3.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451779.html
4.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 2 / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян, И. В. Фраучи; под ред. Ю. М. Лопухина. – 3-е изд., испр. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ http://www.studentlibrary.ru/cgi-bin/mb4x?usr_data=access(2med,54BMH4TDK5MVQJCR-X034,ISBN9785970451786,1,5buxchkme3h,ru,ru)
5.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 684 с. : ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439999.html
6.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1024 с. : ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463468.html
7.	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ https://ibooks.ru/bookshelf/352557/reading
8.	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство : в 2 т.]: Т. 2 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 644 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ https://ibooks.ru/bookshelf/352557/reading
9.	Амбулаторно–поликлиническая онкология [Электронный ресурс] : рук. для врачей / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html

	с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	
10.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Текст]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак.; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. - 107 с. : ил. - Библиогр. : С. 107.	10
11.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак.; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=190281.pdf&show=dcatalogues/1/4287/190281.pdf&view=true
12.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак.; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=190281.pdf&show=dcatalogues/1/4287/190281.pdf&view=true
13.	Методы ушивания троакарных ран [Текст]: учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эксперим. и клин. хирургии Мед.-биол. фак. ; [сост. : В. А. Горский, В. П. Армашов, Б. Е. Титков и др.]. - Москва : РНИМУ им.Н. И. Пирогова, 2020. - 42 с.	10
14.	Методы ушивания троакарных ран [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эксперим. и клин. хирургии Мед.-биол. фак. ; [сост. : В. А. Горский, В. П. Армашов, Б. Е. Титков и др.]. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=190645.pdf&show=dcatalogues/1/4524/190645.pdf&view=true
15.	Современные методы местного лечения ран [Текст]: учебное пособие / [Г. В. Родоман, Д. А. Ермолова, В. Н. Оболенский и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова,каф. общ. хирургии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 47 с. : ил. - Библиогр. : С. 41-42.	5
16.	Современные методы местного лечения ран [Электронный ресурс]: учебное пособие / [Г. В. Родоман, Д. А. Ермолова, В. Н. Оболенский и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=191309.pdf&show=dcatalogues/1/4921/191309.pdf&view=true
17.	Острая урологическая патология в неотложной хирургической практике [Текст] : учебное пособие / С. В. Котов, С. А. Пульбере, Р. И. Гуспанов [и др.] ; РНИМУ	10

	им. Н. И. Пирогова, каф. урологии и андрологии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018	
18.	Оперативная хирургия и топографическая анатомия [Текст] : [учеб. для мед. вузов] / Г. Е. Островерхов, Ю. М. Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. - 5-е изд., испр. - Москва : Мед. информ. агентство, 2015. - 735 с. : ил.	9
19.	Острая абдоминальная патология [Электронный ресурс] : пер. с англ. / [Д. М. Клайн и др.] ; под ред. Д. М. Клайна, Л. Стед. – 4-е изд. (эл.) – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2017. – 296 с. – (Неотложная медицина). - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001014683.html
20.	Острые венозные тромбозы [Текст]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. хирургии педиатр. фак. ; [сост. : И. И. Затевахин, А. В. Матюшкин, М. Ш. Цициашвили и др.]. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	10
21.	Острые венозные тромбозы [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. хирургии педиатр. фак. ; [сост. : И. И. Затевахин, А. В. Матюшкин, М. Ш. Цициашвили и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=190371.pdf&show=dcatalogues/1/4366/190371.pdf&view=true
22.	Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс]: учебное пособие / [И. Г. Никитин, Е. В. Резник, О. А. Эттингер и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. -- Москва, 2019. - Авт. указ. на обороте тит. л. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/upload/fileUpload?name=189722.pdf&show=dcatalogues/1/3957/189722.pdf&view=true