

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

Второй 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.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	106
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	107

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 во втором 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 стационарных 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 второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

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

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором 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
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

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 стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	ПК-2. Способен назначать лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контролировать его эффективность и безопасность в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	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 стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

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 второго 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 второго 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	Общие вопросы хирургии
1	К преимуществам эндотрахеального наркоза относятся следующие утверждения:
	оптимальная искусственная вентиляция легких
	обеспечение проходимости дыхательных путей
	достижения максимально необходимой релаксации мышц
	предупреждение развития бронхоспазма
	предупреждение остановки сердца
2	Основным показанием к трансфузии эритроцитарной взвеси является
	стимуляция кроветворения
	иммунокоррекция
	дезинтоксикация
	коррекция гемостаза
	значительная анемия вследствие кровопотери
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	К медиаторам, участвующим в формировании боли, относятся:
	гистамин
	ГАМК
	серотонин
	эндорфины
	ацетилхолин
8	В подавлении боли участвуют следующие вещества:
	гистамин
	ГАМК
	опиаты
	эндорфины
	ацетилхолин
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	При плазмаферезе из организма не удаляются
	Токсические метаболиты
	Микробные тела
	Микробные токсины
	Циркулирующие иммунные комплексы
	Гемоглобин
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 свежесмороженной плазмы проводят следующую пробу
	биологическую пробу
	определение групповой и резус совместимости
	пробу на индивидуальную совместимость
	пробу на резус-совместимость
	пробу с полиглюкином
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 настоячивые 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) антибактериальной терапии перитонита относится
	уменьшение выраженности системной воспалительной реакции
	уменьшение интоксикации
	увеличение уровня лейкоцитов
	снижение лихорадки
44	Антибиотикопрофилактику проводят для предотвращения развития
	послеоперационной раневой инфекции
	инфекции мочевыводящих путей
	вентилятор-ассоциированной пневмонии
	катетер-ассоциированной инфекции
45	После лимфосорбции не уменьшается концентрация
	Мочевины
	Остаточного азота
	Гемоглобина
	Циркулирующие иммунных комплексов
	Токсических веществ
46	Основной целью экстракорпоральных методов лечения при сепсисе является
	сохранение фильтрационной функции почек
	нейтрализация или удаление некоторых компонентов крови, вызывающих или поддерживающих болезнь, или экзогенных токсинов
	снижение системного воспаления на инфекцию различной природы
	удаление продуктов перекисного окисления липидов
47	Эндогенную интоксикацию не вызывают
	Деструкция тканей
	Повышенный белковый катаболизм
	Нарушение функции почек
	Нарушение функции печени
	Сердечная недостаточность
48	К методам диализа и фильтрации относятся:
	гемофильтрация
	гемосорбция
	гемодиализ
	плазмасорбция
	ультрафильтрация
	плазмаферез
49	Сорбционными методами эфферентной терапии являются:
	гемофильтрация
	гемосорбция
	гемодиализ
	плазмасорбция
	гемодиафильтрация
	плазмаферез

50	К аферезным методам детоксикации относятся:
	цитаферез
	гемосорбция
	гемодиализ
	плазмасорбция
	гемодиафильтрация
	плазмаферез
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
1	Общие вопросы гнойной хирургии
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 septicus
	Clostridium histolyticus
	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 ($>37,8^{\circ}\text{C}$ в ротовой полости или $>38,2^{\circ}\text{C}$ 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 ($>37,8^{\circ}\text{C}$ в ротовой полости или $>38,2^{\circ}\text{C}$ ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека
	выделение микроорганизмов из крови
74	Взрослым пациентам с установленным или предполагаемым септическим шоком назначение антимикробной терапии рекомендуют начинать
	в течение 1 часа после установления или предположения сепсиса
	за 30 минут до оперативного пособия
	в течение 3 часов после того, как диагноз «сепсис» установлен или признан наиболее вероятным диагнозом
	только после забора крови для бактериологического исследования
75	К критериям органной дисфункции при сепсисе относятся следующие показатели:
	диурез < 80 мл/4 часа
	лактат > 2 ммоль/л
	ЧД < 21 /мин
	диурез > 80 мл/4 часа
	лактат < 2 ммоль/л
76	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
77	К антимикробным препаратам, рекомендованным к назначению у пациентов с сепсисом с неустановленным первичным очагом согласно программе СКАТ, при внебольничной инфекции относятся:
	Ампициллин/сульбактам
	Цефепим/сульбактам
	Левифлоксацин + метронидазол
	Меропенем
	Имипенем
78	К антимикробным препаратам, рекомендованным к назначению у пациентов с сепсисом с неустановленным первичным очагом согласно программе СКАТ, при подозрении на нозокомиальную инфекцию относятся
	Цефотаксим + метронидазол
	Цефепим/сульбактам
	Ампициллин/сульбактам
	Меропенем
	Имипенем
79	Для оценки наличия органной дисфункции вне ОРИТ (ОАР) и вне стационара для первичного скрининга вероятности развития сепсиса у взрослого пациента рекомендуется использовать упрощенную шкалу
	APACHE II
	ASA
	SOFA
	SAPS II

80	С целью ускорения заживления раны в фазе регенерации используется
	вторичные швы
	диализирующее мембранное устройство
	вакуумирование раны
	первично-отсроченный шов
81	Заживлению раны первичным натяжением способствует
	активация фибринолиза
	наличие в ране дренажа
	адаптация краев раны
	образование серомы
	лизирование гематомы
82	Заживление ран вторичным натяжением — это заживление
	посредством гранулирования
	без натяжения
	с сосудистой реакцией
	путем эпителизации
	после хирургической обработки
83	В механизме контракции при заживлении раны решающую роль играют
	фибробласты
	макрофаги
	тучные клетки
	эозинофилы
	нейтрофильные лейкоциты
84	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
85	Карбункулом называется острое гнойно-некротическое воспаление
	нескольких волосяных мешочков и окружающих тканей
	клетчаточных пространств
	нескольких волосяных мешочков, сальных желез и окружающих тканей
	сальной железы
	волосяного фолликула, сальной железы и окружающей ткани
86	Вторичная деструкция тканей в первой фазе раневого процесса обусловлена
	размерами раны
	возрастом больного
	вирулентностью микрофлоры
	иммунодефицитом
	избыточным отеком
87	Фибробластическая реакция в фазе регенерации раневого процесса обеспечивает
	некролиз
	бактериолиз, протеолиз
	иммунологические реакции
	коллагенез
	выработку гистамина
88	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
89	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
90	При отсутствии возможности сопоставления краев раны в фазе регенерации выполняют
	первично-отсроченный шов
	первичный шов
	ранний вторичный шов
	аутодермопластика
	лечение в управляемой абактериальной среде
91	Современное лекарственное средство для местного медикаментозного лечения гнойных ран в фазе воспаления в идеале должно обладать следующими свойствами:
	антигистаминным
	некролитическим
	антимикробным
	обезболивающим
	дегидратирующим
92	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
93	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
94	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
95	Специфическая профилактика столбняка заключается во введении
	антирабического гаммаглобулина
	противостолбнячного гаммаглобулина
	противостолбнячного анатоксина и противостолбнячной сыворотки
	противостолбнячного гаммаглобулина и противостолбнячной сыворотки
	противостолбнячной сыворотки

1	Абдоминальная хирургия
96	Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используют следующие методы:
	сцинтиграфия с радиоактивным технецием
	эзофагогастродуоденоскопия
	рентгеноскопия пищевода и желудка
	мониторирование pH
	компьютерная томография
97	Показанием к оперативному лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
	стриктура пищевода
	неэффективность консервативной терапии в течении 2 недель
	кровотечение из эрозии пищевода
	тотальный эрозивный эзофагит
	наличие H.pylori инфекции
	выявленные моторные нарушения пищевода
98	Наибольшей чувствительностью в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни обладает
	24-часовая pH-метрия
	манометрия
	хромоскопия
	эндоскопическое УЗИ
	рентгеноскопия пищевода и желудка
99	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
100	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
101	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
102	К эндоскопическим методам лечения ахалазии кардии относятся
	пневмокардиодилатация
	бужирование пищевода
	стентирование пищевода
	интрамуральное введение ботулотоксина
103	При рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде возможно развитие
	рака пищевода
	кровотечения
	перфорации пищевода
	полипоза пищевода
	хронический эзофагит

104	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
105	Наличие пузырьков воздуха в околопищеводной клетчатке указывает на
	перфорацию пищевода
	эмфизему легких
	дивертикул пищевода
	кардиоспазм
	рефлюкс-эзофагит
106	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
107	Каков побочный эффект блокаторов H2-гистаминовых рецепторов?
	боль в эпигастрии
	диарея
	метеоризм
	феномен «рикошета»
	формирование атрофического гастрита
108	К компонентам схем эрадикации Helicobacter pylori относятся:
	спазмолитик
	антибиотик
	субцитрат висмута
	антацид
	блокатор протонной помпы
109	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
110	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
111	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
112	Наиболее частой причиной развития гастроинтестинального кровотечения является
	эрозивный гастрит
	язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки

	портальная гипертензия
	распад опухоли желудка
	эрозивный эзофагит
113	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
114	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
115	Методами диагностики кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:
	селективная ангиография
	эзофагогастроскопия
	МСКТ органов брюшной полости
	УЗИ органов брюшной полости
	рентгенография желудка
116	Методами остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода являются:
	установка зонда Блекмора;
	эндоскопическое клипирование;
	резекция желудка;
	эндоскопическое лигирование.
	селективная эмболизация
117	При какой эндоскопической картине язвенного кровотечения (по Forrest) эндоскопический гемостаз не проводится?
	FI-A
	FI-B
	FII-A
	FII-B
	FII-C
118	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
119	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

120	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
121	Эндоскопическое исследование позволяет выявить
	синдром Меллори-Вейса
	синдром Золингер-Эллисона
	гистологическую форму рака
	протяженность стеноза привратника
122	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
123	К осложнениям язвенной болезни желудка относятся:
	дуоденостаз
	кровотечение
	пенетрация
	перфорация
124	Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются:
	аргоноплазменная коагуляция
	местное введение сосудосуживающих препаратов
	местное нанесение пленкообразующих препаратов
	электрокоагуляция
	эндоклипирование
125	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 холодовыми агентами
	местное введение сосудосуживающих препаратов
126	Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует с
	возрастом больного
	количеством потерянной крови
	локализацией язвы
	полном
	размерами язвы
127	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)

128	В каких ситуациях рекомендуется проведение ЭГДС у больных с прободной язвой?
	при подозрении на стеноз пилородуоденальной зоны или гастродуоденальное 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
129	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 категорическому отказе пациента и родственников от операции
130	В каких случаях противопоказано ушивание прободного отверстия гастродуоденальной язвы?
	прободение гигантской или пенетрирующей язвы
	перфорации язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки или кардиального отдела желудка
	подозрение на малигнизацию язвы
	стеноз пилородуоденальной зоны
	прорезывание швов ушиваемых тканей
	сомнении в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта
131	Метод Тейлора при лечении перфоративной язвы включает следующие компоненты:
	активная назогастральная аспирация желудочного содержимого
	антибактериальная терапия и анальгезия
	неотложное оперативное вмешательство
	дезинтоксикационная терапия
132	Какие инструментальные методы исследования используют при диагностике прободной язвы?
	рентгенологическое исследование
	компьютерная томография брюшной полости
	УЗИ брюшной полости
	доплерография
	электроэнцефалография (ЭЭГ)
	эзофагогастродуоденоскопия
133	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
134	Пациенту с прободной язвой и нестабильными показателями жизнедеятельности показано проведение
	лечения по методу Тейлора
	экстренной лапаротомии
	кратковременной предоперационной подготовки с последующей лапаротомией
	лапароскопического ушивания язвы
135	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
136	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
137	Что следует предпринять у пациента, у которого во время лапароскопического ушивания прободной язвы возникли явления нестабильной гемодинамики?
	снизить внутрибрюшное давление и продолжить лапароскопическую операцию
	продолжить лапароскопическую операцию
	выполнить конверсию
	незамедлительно завершить оперативное вмешательство
138	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
139	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
140	Для подготовки больного к операции по поводу стеноза выходного отдела желудка язвенного происхождения необходимо выполнить:
	промывание желудка
	внутривенные инфузии аминокaproновой кислоты, гепатопротекторов
	коррекцию диспротеинемии
	энтеральное введения белковых растворов
	введение растворов электролитов
141	К характерным признакам стеноза привратника относят:
	шум плеска натошак
	изжогу
	похудание
	боли в пояснице
	отрыжку «тухлым»
142	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
143	Малигнизацию язвы желудка позволяет заподозрить при выявлении
	язвенной ниши более 2 см в диаметре
	лейкоплакии слизистой

	повышении кислотности желудочного содержимого
	кровотечении
144	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
	шелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами
	излюбленная локализация – большая кривизна и выходной отдел желудка
145	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
146	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
147	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
148	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
149	Самым частым осложнением стрессовой язвы желудка является
	кровотечение
	перфорация
	пенетрация
	малигнизация
150	Риск рецидива кровотечения из язвы желудка оценивают по
	уровню гемоглобина
	длительности язвенного анамнеза
	данным эзофагогастродуоденоскопии
	выраженности реакции кала на скрытую кровь
	волемическому статусу пациента
151	К пострезекционным синдромам относятся:
	синдром малого желудка
	демпинг-синдром
	синдром приводящей петли
	желчный гастрит культи
	сахарный диабет
	желчнокаменная болезнь

152	Для демпинг-синдрома характерна следующая клиническая симптоматика:
	слабость после приема пищи
	диарея
	тошнота
	рвота
	брадикардия
	тахикардия
153	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
154	В каком месте рекомендовано осуществлять энтеротомию при острой желчнокаменной кишечной непроходимости?
	на уровне места обструкции
	проксимальное места обструкции
	дистальнее места обструкции
	операция при желчнокаменной кишечной непроходимости никогда не предусматривает выполнение энтеротомии
155	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
156	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
157	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 одноствольной колостомы
	деторсия кишки и сигмопексия
	левосторонняя гемиколэктомия
158	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
159	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
160	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
161	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
162	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»
163	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
164	Какие инструментальные методы применяются для диагностики неопухолевой кишечной непроходимости? УЗИ брюшной полости КТ брюшной полости эндосонография панкреатобилиарной зоны обзорная рентгенография брюшной полости реовазография
165	Какие клинико-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
166	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
167	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

168	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
169	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
170	Назовите тактику хирурга при выявлении странгуляции у пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью?
	срочная операция
	консервативная терапия
	динамическое наблюдение
	экстренная операция
171	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
172	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
173	Возможными причинами функциональной (динамической) кишечной непроходимости являются:
	прием опиоидов
	уремия
	прием антигистаминных препаратов
	прием антихолинергических препаратов
	прием М-холинолитиков
	прием блокаторов H2-рецепторов
174	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
175	Лабораторными признаками, указывающими на интестинальную ишемию, являются:
	высокий уровень лактата крови
	лейкоцитоз
	низкий уровень лактата крови
	лейкопения
	ацидоз
	алкалоз

176	Показаниями к экстренному оперативному лечению острой кишечной непроходимости являются:
	длительность заболевания более суток
	перитонит
	странгуляционная кишечная непроходимость
	спастическая кишечная непроходимость
177	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
178	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
179	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
180	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
181	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
182	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
183	Возможным осложнением стентирования опухолевой стриктуры толстой кишки непосредственно во время процедуры является
	рецидив кишечной непроходимости
	миграция стента
	перфорация
	кровотечение

184	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
185	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
186	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 настоящего пожелания пациента
	в ситуациях, когда это необходимо для спасения жизни больного
187	Какие заболевания могут вызвать обтурационную непроходимость толстой кишки?
	глистная инвазия
	амебиаз
	заворот сигмовидной кишки
	болезнь Крона
	опухоль сигмовидной кишки
188	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
189	Какие факторы из перечисленных могут являться причиной развития паралитической кишечной непроходимости?
	отравление свинцом
	острый панкреатит
	забрюшинная гематома
	травма брюшной полости
	перитонит
190	При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации следует выполнить
	правостороннюю гемиколэктомию
	операцию Гартмана
	колэктомию
	формирование цекостомы
191	При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии компенсации следует выполнить
	правостороннюю гемиколэктомию
	операцию Гартмана

	колэктомия
	формирование цекстомы
	формирование илеостомы
192	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
193	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
194	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
195	Во время неотложной лапароскопии, предпринятой по поводу подозрения на острый аппендицит, обнаружен не удлинённый, не утолщённый червеобразный отросток иссиня-белесого цвета, свободно свисающий на инструменте. Ваши дальнейшие действия
	отказ от аппендэктомии и дальнейшей ревизии органов брюшной полости
	лапароскопическая аппендэктомия
	дальнейшая ревизия органов брюшной полости с последующей лапароскопической аппендэктомией
	отказ от аппендэктомии, дальнейшая ревизия органов брюшной полости
196	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
197	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
198	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
199	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
200	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
201	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
202	Оптимальным способом обработки брыжейки червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является
	пересечение острым путем
	пересечение при помощи монополярной электрокоагуляции
	позатупное лигирование и пересечение
	клипирование и пересечение
203	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
204	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
205	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
206	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
	Симптом Образцова характерен для
207	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
208	Оптимальным способом обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является
	наложение на культю двух титановых клипс с последующей обработкой антисептиком
	лигирование основания отростка с последующим погружением культи зет-образным швом
	пересечение основания отростка острым путем с последующей электрокоагуляцией культи
	резекция купола слепой кишки с основанием червеобразного отростка
	лигирование основания отростка с оставлением культи в брюшной полости
209	Выберите клинические ситуации, при которых рекомендовано выполнение ретроградная аппендэктомия при остром аппендиците
	никогда не выполняется при остром аппендиците
	ретроцекальное расположение червеобразного отростка
	выраженный спаечный процесс в области купола слепой кишки
	ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка
	всем пациентам с острым аппендицитом.
210	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
211	Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие
	тромбоза артерии червеобразного отростка
	участия воспалительном процессе бактериальной инфекции
	длительного приёма кортикостероидов
	депрессии иммунитета больного
	обтурации опухолью устья червеобразного отростка
212	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
213	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
214	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

215	Пилефлебит обычно является осложнением
	деструктивного аппендицита
	прободной язвы желудка
	некроза тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
	заворота тонкой кишки
	тромбоза печеночных вен
216	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
217	В кишечной петле, несущей свищ, различают
	восходящую петлю
	нисходящую петлю
	отводящую петлю
	приводящую петлю
218	В классификации кишечного свища, по степени сформированности, выделяют
	несформировавшиеся
	полные
	сформировавшиеся
	частичные
	зрелые
219	В классификации кишечного свища, по типу сообщения, различают
	внутренние
	наружные
	неспецифические
	смешанные
	специфические
220	Радикальным оперативным пособием при кишечных свищах является
	отключении отводящей петли кишки, несущей свищ
	отключении приводящей петли кишки, несущей свищ
	резекция кишки, несущей свищ с формированием энтероэнтероанастомоза
	формирование илеостомы
221	К компонентам местного лечения кишечных свищей относятся:
	аспирация кишечного содержимого
	вакуумная терапия (VAC-терапия)
	гомеопатия
	дренирование отводящей петли
	обтурация резиновыми трубками
222	Клиническая картина флегмоны передней брюшной стенки возле кишечного свища характеризуется:
	болями в ране
	лейкоцитозом
	петехиальной сыпью
	повышением температуры выше 38°C
223	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
224	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
225	Какой из перечисленных тонкокишечных свищей никогда не закрывается на фоне консервативной терапии?
	толстокишечный
	сформированный
	трубчатый
	губовидный
226	Предпочтительным вариантом хирургического лечения непаразитарных кист печени является
	лапароскопическая фенестрация кисты
	анатомическая резекция печени
	атипичная резекция печени
	пункционно-дренирующий способ
227	К радикальным вариантам хирургического лечения эхинококковых кист печени относятся:
	перцистэктомия
	капитонаж
	открытая эхинококкэктомия
	пункционно-дренирующий способ
	резекция печени
228	Предпочтительным вариантом хирургического лечения абсцессов печени является
	пункционно-дренирующий способ
	резекция печени
	лапаротомия, наружное дренирование
	радиочастотная абляция
229	Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, развиваются при
	остром тяжелом холангите
	нагноении непаразитарной кисты печени
	остром деструктивном холецистите
	остром флегмонозном аппендиците
230	При отсутствии цирроза критический объём резекции печени для сохранения адекватной функции остающейся после операции части печёночной паренхимы является
	70 – 80 %
	45 – 50 %
	55 – 60 %
	65 – 70 %
231	Наиболее частой локализацией эхинококковых кист печени является
	правая доля печени
	левая доля печени
	обе доли
	первый сегмент
232	Для остановки небольшого по объёму кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используют
	баллонную тампонаду зондом Блейкмора
	баллонную тампонаду зондом Линтона-Нахласса
	эмболизацию кровотока артерии

	эндоскопическое лигирование или склерозирующую терапию варикозно расширенных вен пищевода
233	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 трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением
234	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 трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением
235	Трансъюгулярное внутрипеченочное 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
236	Позволяет подтвердить диагноз цирроза печени следующий метод пункционная биопсия печени УЗИ с доплеровским картированием компьютерная томография с внутривенным контрастированием биохимическое исследование крови иммунологический анализ
237	К осложнениям цирроза печени относятся: асцит печеночная энцефалопатия механическая желтуха кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода острый панкреатит острый холецистит
238	Что является достоверным признаком портальной гипертензии? Асцит Наружный геморрой Гинекомастия Расширение внутрипеченочных желчных протоков Варикозное расширение вен пищевода и желудка
239	Выраженная болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы свидетельствует о наличии положительного симптома Мюсси-Георгиевского Бартомье-Михельсона Щеткина-Блюмберга Савельева-Попова
240	Выраженная болезненность справа при поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа свидетельствует о наличии положительного симптома Захарьина Мерфи Ортнера Василенко

241	Для установления II степени тяжести течения острого холецистита (TG18/TG13 severity grading for acute cholecystitis) необходимо наличие
	4 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
	2 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
	3 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
	1 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
242	Для установления III степени тяжести течения острого холецистита (TG18/TG13 severity grading for acute cholecystitis) необходимо наличие
	4 или более признаков тяжелого течения холецистита
	2 или более признаков тяжелого течения холецистита
	3 или более признаков тяжелого течения холецистита
	1 или более признаков тяжелого течения холецистита
243	Значительным предиктором при оценке класса риска наличия холедохолитиаза по WSES является диаметр холедоха при сохраненном желчном пузыре более
	8 мм
	6 мм
	2 мм
	4 мм
244	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
245	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
246	Магнитно-резонансная холангиопанкреатография позволяет с высокой точностью обнаруживать камни внепеченочных желчных протоков размером более
	5 мм
	3 мм
	9 мм
	7 мм
247	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
248	При I и II степени активности острого холецистита антибиотикотерапия может завершаться после холецистэктомии в течение
	12 ч
	24 ч
	96 ч
	72 ч
	48 ч
249	Протертую пищу небольшими порциями вводят после холецистэктомии
	на 6-7 день
	на 2-3 день

	через 3-4 часа
	на 1-2 день
250	К деструктивным формам острого холецистита относятся:
	катаральная
	гангренозная
	перфоративная
	флегмонозная
251	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
252	Скрининговым методом при диспансерном обследовании населения с целью диагностики желчнокаменной болезни следует считать
	магниторезонансную томографию
	внутривенную холецистохолангиографию
	ультразвуковое исследование брюшной полости
	компьютерную томографию
	гепатобилисцинтиграфию
253	Желчнокаменная болезнь опасна возможностью развития следующих осложнений:
	первичный билиарный цирроз печени
	острый панкреатит
	вторичный билиарный цирроз печени
	холангит
	рак общего желчного протока
254	Триада Шарко при холангите включает в себя следующие признаки:
	желтуха
	энцефалопатия
	петехиальная сыпь
	увеличение печени
	лихорадка
	боль в правом подреберье
255	Основным признаком повреждения желчных протоков в раннем послеоперационном периоде является
	желчеистечение
	перитонит
	желтуха
	ознобы
256	Для острого катарального холецистита характерно наличие следующих симптомов:
	положительные симптомы Кера
	положительные симптомы Мэрфи
	отрицательный симптом Мэрфи
	положительный симптом Щёткина-Блюмберга
	отрицательный симптом Ортнера
	положительный симптом Ровсинга
257	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
258	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
259	Возможными осложнениями острого холецистита являются: механическая желтуха, гнойный холангит портальная гипертензия вирсунголитиаз папиллит желчный перитонит
260	Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция назначение медикаментозных средств открытое хирургическое вмешательство ультразвуковая литотрипсия применение контактных растворителей
261	Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет гнойный холангит портальная гипертензия стеноз фатерова соска вторичный билиарный цирроз паренхиматозная желтуха
262	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 х 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
263	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
264	Наиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение общей печеночной артерии правой печеночной артерии общего желчного протока воротной вены поджелудочной железы двенадцатиперстной кишки
265	Критериями позволяющими дифференцировать острый холецистит от печеночной колики являются: тошнота, рвота тахикардия лейкоцитоз

	гипертермия
	боли в правом подреберье
266	Интраоперационная холангиография или холедохоскопия абсолютно показана
	при наличии мелких камней в холедохе, расширении холедоха
	при отсутствии желтух в анамнезе и нормальном диаметре холедоха
	при подозрении на рак большого дуоденального соска
	при наличии гнойного холангита
267	«Золотым стандартом» лечения холедохолитиаза является
	холедохолитотомия, дренирование протоков по Керу
	лапароскопическая холецистэктомия
	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция
	чрескожная чреспеченочная холангиостомия
	лапароскопическая холедохотомия, литоэкстракция
268	Диагностическим методом, позволяющим визуально оценить состояние билиарного тракта, является
	УЗИ органов брюшной полости
	МСКТ органов брюшной полости
	МР-холангиопанкреатография
	холедохоскопия
269	Лабораторными признаками холедохолитиаза, осложненного острым холангитом, являются:
	лейкопения
	лейкоцитоз
	тромбоцитопения
	повышение СОЭ
	эритроцитоз
270	Наиболее современным, информативным и неинвазивным методом диагностики холедохолитиаза является
	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
	УЗИ органов брюшной полости
	МСКТ органов брюшной полости
	МР-холангиопанкреатография
271	Наиболее частым осложнением диагностической эрхпг является
	ретродуоденальная перфорация
	кровотечение
	постманипуляционный панкреатит
	острый холангит
	стриктура холедоха
272	Осложнениями холедохолитиаза являются:
	острый холецистит
	рак желчного пузыря
	механическая желтуха
	билиарный панкреатит
	острый холангит
273	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
274	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
275	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
276	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
277	Всем пациентам с подозрением на острый панкреатит рекомендовано выполнение биохимического анализа крови с определением:
	билирубина
	мочевой кислоты
	амилазы
	активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы
	иммуноглобулинов
	мочевины, креатинина
278	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
279	Диагноз острого панкреатита устанавливают на основании следующих данных:
	инструментальных
	генетических
	клинических
	лабораторных
	микробиологических
280	Закономерными признаками тяжелого или среднетяжелого панкреатита являются:
	перипанкреатический инфильтрат
	одышка
	артериальная гипертензия
	метеоризм
	лихорадка
281	К лекарственным препаратам, прием которых может вызвать острый панкреатит, относятся:
	гормональные препараты для системного применения
	меркаптопурин
	омепразол
	гидрохлоротиазид

282	К ферментам поджелудочной железы, которые вызывают протеолиз белков тканей в патогенезе острого панкреатита, относятся
	трипсин
	эластаза
	пепсин
	химотрипсин
283	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
284	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
285	Выделяют следующие формы острого панкреатита в зависимости от этиологии:
	билиарный
	травматический
	нейрогенный
	алкогольно-алиментарный
	дистрофический
286	Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
	фосфолипаза A2
	трипсин, химотрипсин
	брадикинин, гистамин
	моноклеарные клетки, нейтрофилы
	интерлейкин 1 и 6, простагландины
287	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
288	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
289	Возможными осложнениями при хроническом панкреатите являются:
	стеаторея
	белково-энергетическая недостаточность
	дисфагия
	нарушение обмена витаминов
	энтезопатия
290	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
291	К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся:
	обструкция общего желчного протока
	непроходимость 12-перстной кишки
	геморрагические осложнения
	наличие стриктуры желчных путей
292	Основными задачами инвазивного лечения при неосложненном течении хронического панкреатита являются:
	выполнении некролиза
	коррекции внешнесекреторной недостаточности
	коррекции морфологических изменений системы протоков поджелудочной железы
	коррекции воспалительных изменений паренхимы
293	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
294	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
295	При обструкции общего желчного протока и стойкой желтухе у пациента с хроническим панкреатитом оптимальной лечебной тактикой является
	гастроэнтероанастомоз
	латеральная панкреатоэнтероанастомоз
	назначение препаратов группы спазмолитиков
	гепатикоеэнтероанастомоз
	оментобурсотомия
296	Выделяют следующие виды кист селезенки:
	истинная (врожденная) киста
	ложная (приобретенная) киста
	смешанная киста
	паразитарные
297	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
298	Укажите правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемленной 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

299	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
300	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
301	Дифференциальную диагностику паховой грыжи следует проводить со следующими заболеваниями:
	варикозной болезнью таза
	воспалительным инфильтратом
	новообразованиями мягких тканей
	эктопией яичка
	лимфаденитом
	эндометриозной кистой
302	К позднему осложнению после герниопластики относится
	гематома
	задержка мочеиспускания
	хроническая боль в области операции
	серома
	гнойно-воспалительные осложнения
303	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
304	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 невправимого в брюшную полость
305	При ущемленной 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 невправимого в брюшную полость
306	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
307	Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящийся к производящим
	тяжелый физический труд
	особенности телосложения
	анатомическая слабость стенок пахового канала
	возраст
	пол
308	Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящиеся к предрасполагающим:
	тяжелый физический труд
	особенности телосложения
	анатомическая слабость стенок пахового канала
	возраст
	пол
	беременность
309	Что обозначает буква г в классификации паховых грыж европейского герниологического общества (EHS)?
	медиальная
	первичная
	латеральная
	рецидивная
310	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
311	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
312	Что такое грыжа Рихтера?
	флегмона грыжевого мешка
	грыжа с эластическим ущемлением
	пристеночное ущемление
	ретроградное ущемление
313	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
314	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
315	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
316	К профилактике ГПОД относятся:
	отказ от курения
	увеличение мышечной массы
	снижение приема НПВС
	снижение приема ИПП
	снижение массы тела
317	К факторам риска ГПОД относят:
	постоянный прием ингибиторов протонной помпы
	молодой возраст
	избыточная масса тела
	курение
	постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
318	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
319	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
320	Какие существуют варианты фундопликаций?
	по Коллису
	по Геллеру
	по Тупе
	по Ниссену
	по Дору
321	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
322	Какой доступ наиболее оптимальный при выполнении антирефлюксных хирургических вмешательств?
	комбинированный
	лапароскопический
	лапаротомный
	торакокопический
	торакотомный

323	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
324	Выберите существующие варианты ущемления грыжи
	эластическое
	ретроградное
	пристеночное
	динамическое
	каловое
325	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
326	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
327	Каким категориям больных рекомендовано оперативное лечение паховой/бедренной грыжи с использованием эндовидеохирургические 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
328	Выберите признаки, указывающие на флегмону грыжевого мешка при ущемленной паховой/бедренной грыже
	безболезненное неврвпавимое 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
329	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
330	К возможным осложнениям ущемленной первичной грыжи брюшной стенки относятся:
	флегмона грыжевого мешка
	миокардит

	перитонит
	флегмона брюшной стенки
	сепсис
331	К первичным грыжам брюшной стенки относятся:
	грыжа Литре
	поясничная грыжа
	грыжа Спигелиевой линии
	грыжа белой линии живота
	пупочная грыжа
	грыжа Рихтера
332	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
333	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
334	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
335	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
336	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
337	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
338	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
339	Вид перитонита, не требующий оперативного лечения
	местный фибринозно-гнойный
	панкреатогенный ферментативный
	диффузный фибринозно-гнойный
	желчный
	мочевой
340	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
341	По характеру патологических примесей в брюшной полости в классификацию перитонита входят:
	желчь
	желудочное содержимое
	кишечное содержимое
	кровь
	гной
342	Выберите функции брюшины:
	резорбтивная
	секреторная
	экссудативная
	иммунная
	барьерная
343	Наиболее частым осложнением при перитоните является
	формирование абсцессов брюшной полости
	образование кишечный свищей
	эвентрация
	пневмония
344	К экстраабдоминальным осложнениям перитонита относятся:
	эвентрация
	тромбоз глубоких вен
	несформированные кишечные свищи
	плеврит
	оментит
	пневмония
345	Третичный перитонит характеризуется
	специфическим характером инфекционного агента
	наличием персистирующей внутрибрюшной инфекции
	фульминантным течением
	неадекватностью хирургической ликвидации источника перитонита
	обязательным наличием экстраабдоминальных осложнений

346	Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?
	деструктивный аппендицит
	деструктивный холецистит
	деструктивный панкреатит
	перфоративная гастродуоденальная язва
	перфорация опухоли ободочной кишки
347	Основными перитонеальными симптомами являются:
	Щеткина-Блюмберга
	Ровзинга
	Куленкампа
	Ситковского
	Воскресенского
348	Наиболее тяжело протекающими послеоперационными внутрибрюшными осложнения являются:
	несостоятельность анастомозов
	кишечные свищи
	абсцессы
	ранняя спаечная кишечная непроходимость
	оментит
349	Сколько областей брюшной полости поражается при местном перитоните?
	1-2
	3-5
	5-7
	7-9
350	Сколько областей брюшной полости поражается при диффузном перитоните?
	1-2
	3-5
	5-7
	7-9
351	Сколько областей брюшной полости поражается при разлитом перитоните?
	1-2
	2-3
	3-5
	5-9
352	Какое противопоказание к релапароскопии является абсолютным?
	внутрибрюшное кровотечение
	лапаротомия в анамнезе
	нестабильное состояние пациента
	распространенный перитонит
353	Какую методику вхождения в брюшную полость следует применить у пациента с перитонитом и неоднократными вмешательствами на органах брюшной полости в анамнезе?
	закрытая при помощи иглы Вереша
	закрытая при помощи троакара
	от лапароскопии следует воздержаться
	открытая лапароскопия по Хассону
354	Относительными противопоказаниями к выполнению лапароскопии/релапароскопии являются:
	подозрение на каловый перитонит
	внутрибрюшное кровотечение
	лапаротомия в анамнезе
	распространенный перитонит
	спаечный процесс
	шок

355	Ваша лечебная тактика у пациента с перитонитом, у которого вовремя лапароскопического вмешательства возникли явления нестабильной гемодинамики?
	немедленно завершить оперативное вмешательство
	выполнить конверсию
	продолжить лапароскопическую операцию
	снизить внутрибрюшное давление и продолжить лапароскопию
	пригласить более опытного хирурга для продолжения лапароскопического вмешательства
356	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
357	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.
358	Стратегию «открытый живот» рекомендуют применять при:
	флегмоне передней брюшной стенки
	несостоятельности швов анастомозов
	инфаркте кишечника
	межкишечных абсцессах
	нозокомиальной природе перитонита
1	
359	Для профилактики и лечения псевдомембранозного колита применяют
	ампициллин
	тетрациклин
	ванкомицин
	азитромицин
360	Локализацию свищевого хода при хроническом парапроктите оценивают по отношению
	к внутреннему сфинктеру
	наружному сфинктеру заднего прохода
	к морганиевой крипте
	клетчаточному пространству
	к лонному сочленению
361	Для язвенного колита не характерно
	поражение терминального отдела тонкой кишки
	диарея
	поражение прямой кишки
	примесь крови в кале
362	В диагностике неспецифического язвенного колита наиболее информативным является
	колоноскопия
	копрология
	посев кала на микрофлору
	рентгенологическое исследование толстой кишки
	гастропсия
363	Самой частой формой острого парапроктита является
	подкожный парапроктит

	подслизистый парапроктит
	ишиоректальный
	пельвиоректальный
	ретроректальный
364	К поверхностным формам острого парапроктита относятся:
	ишиоректальные
	пельвиоректальные
	межмышечные
	подкожные
	ретроректальные
	подслизистые
365	Группы препаратов, используемые для консервативного лечения болезни Крона:
	иммуностимуляторы
	антибиотики
	глюкокортикостероиды
	биологические генно-инженерные препараты
	иммуносупрессоры
	сорбенты
366	Самым частым осложнением в послеоперационном периоде после геморроидэктомии является
	выраженный болевой синдром
	кровотечение
	гнойно-воспалительные осложнения
	инконтиненция
	дизурия
367	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
368	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
369	При глубокой анальной трещине необходимо исключить
	неспецифический язвенный колит
	дивертикулёз толстой кишки
	полипоз толстой кишки
	болезнь Крона
	внутреннее выпадение прямой кишки
370	В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит
	затрудненному венозному оттоку
	ректальным кровотечениям
	спазму внутреннего сфинктера
	спазму наружного сфинктера
	анальному зуду и мацерации
371	Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции
	гематогенным путём
	из соседних органов, поражённых воспалительным процессом
	из прямой кишки

	лимфогенным путём
	через кожу
372	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
373	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
374	Характер болей при синдроме раздраженной кишки:
	боли, стихающие после дефекации
	ночные боли
	боли, возникающие после еды
	боли постоянного характера
	«голодные» боли
375	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
376	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
377	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
378	Дифференциальная диагностика острого парапроктита проводится с такими заболеваниями, как:
	пресакральные кисты с воспалительным компонентом
	опухоли прямой кишки и параректальной области
	острый аппендицит
	тромбоз внутренней подвздошной артерии
	дивертикул Меккеля
379	Геморроидальные узлы представляют собой
	артерио-венозные шунты
	мелкие артериальные сосуды
	венозные сплетения
	артериальные образования

380	К основной макроскопической особенности язвенного колита относится
	обязательное поражение слизистой прямой кишки
	сегментарное поражение слизистой оболочки
	язвенное поражение, возникающие в прямой кишке, имеющее щелевидную форму
	поражение слизистой желудка и толстой кишки
381	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
382	При болезни Крона в подавляющем большинстве случаев имеет место поражение
	тонкой кишки
	илеоцекального отдела
	ободочной кишки
	прямой кишки
383	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
384	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
385	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
386	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
387	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
388	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
389	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
390	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
391	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
392	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
393	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
1	
394	Вторичная эмпиема плевры является осложнением бактериальной деструкции легких остеомиелита ребер острого бронхита пневмоний
395	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
396	Для ликвидации бронхоплеврального свища применяют следующие методы: аргоноплазменная коагуляция ушивание аппаратным швом устья бронхиального свища ушивание ручным швом устья бронхиального свища шов Тигеля
397	К внутренним бронхиальным свищам относятся: бронхокожный бронхолегочный

	бронхоорганный
	бронхоплевральный
398	К высокоинформативному методу диагностики эмпиемы плевры относится
	диагностическая медиастиноскопия
	диагностическая видеоторакоскопия
	полипозиционной рентгенографии
	селективная бронхография
	торакоэмпиемископия
399	К осложнениям пункции плевральной полости относятся:
	внутриплевральное кровотечение
	коллаптоидное состояние
	пневмоторакс
	повреждение печени/селезенки
	повреждение желудка
	медиастинит
400	Осложнениями и исходами хронической эмпиемы плевры являются:
	«плеврогенный цирроз» легкого
	бронхогенная киста легкого
	бронхоэктазии
	вторичный амилоидоз
401	Острые и хронические эмпиемы плевры разделяют на:
	анаэробные
	гнилостные
	гнойные
	серозные
402	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
403	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
404	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
405	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

406	Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяют
	пневмотомия
	клиновидная резекция легкого
	пневмонэктомия
	лобэктомия
	торакопластика
407	Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является
	верхняя доля
	средняя доля
	нижняя доля
	язычковый сегмент
	любая доля и любой сегмент обеих легких
408	Наиболее эффективным методом лечения профузного легочного кровотечения на фоне гангренозного абсцесса легкого будет
	гемостатическая терапия
	искусственный пневмоторакс
	пневмомедиастинум
	тампонада и дренирование бронха
	резекция легкого
409	Характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является
	боль в грудной клетке
	явления интоксикации
	кашель с большим количеством гнойной мокроты
	кровохаркание
	симптом "барабанных палочек"
410	Основными признаками спонтанного пневмоторакса являются:
	боли в груди
	осиплость голоса
	одышка
	кашель
	ослабление или отсутствие дыхания на стороне поражения
411	усиление дыхания на стороне поражения
	Наиболее частая причина возникновения спонтанного пневмоторакса
	травма груди, переломы ребер
	разрыв буллезно-измененной ткани легкого
	абсцесс легкого
	туберкулезная каверна
412	бронхиальная астма
	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
413	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

414	Лечение больного с пиопневмотораксом начинают с
	противовоспалительного лечения
	вагосимпатической блокады
	плевральной пункции
	дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
	торакотомии
415	Экссудативный плеврит, как правило является вторичным заболеванием, развивающееся как осложнение
	абсцесса
	туберкулеза
	бронхоэктатической болезни
	пневмонии
	эхинококкоза
416	Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является
	дренирование плевральной полости
	плевральная пункция и аспирация
	тораотомия
	торокоспация
417	Наибольшую опасность при легочном кровотечении представляет
	острая дыхательная недостаточность
	геморрагический шок
	аспирация крови и асфиксия
	присоединение инфекции
	острая сердечная недостаточность
418	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
419	Причинами острого медиастинита могут быть следующие заболевания:
	перфорация пищевода
	одонтогенная флегмона шеи
	ятрогенное повреждение трахеи
	закрытый перелом грудины
	аспирационная пневмония
420	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
421	При подозрении на перфорацию пищевода, как причину медиастинита, необходимо выполнить
	рентгеноскопию пищевода и желудка с водорастворимым контрастом
	УЗИ средостения
	спазмолитики и обезболивающие препараты
	эзофагогастроскопию
	чреспищеводную эхографию
2	
422	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
423	Оптимальная лечебная тактика у пациента с Bethesda II (в соответствии с классификацией) заключается в
	динамическом наблюдении
	гемитиреоидэктомии
	повторной тонкоигольной биопсии
	тиреоидэктомии
424	Оптимальная лечебная тактика у пациента с Bethesda IV (в соответствии с классификацией) заключается в
	динамическом наблюдении
	гемитиреоидэктомии
	повторной тонкоигольной биопсии
	тиреоидэктомии
425	Показаниями к оперативному лечению при доброкачественном заключении тонкоигольной биопсии (Bethesda II - доброкачественное образование вероятность злокачественности) являются:
	наличие узлового образования
	косметический дефект, снижающий качество жизни
	синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ
	функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом
426	Показаниями к проведению тонкоигольной 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
427	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
428	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 тиреоцитов
	увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции, определяемое пальпаторно, или методом УЗИ
	независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тиреоцитами
429	Нетоксический зоб – это
	независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тиреоцитами
	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 тироцитов
430	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
431	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
432	При диффузном зобе и повышении уровня ТТГ рекомендуют следующие исследования: на LE-клетки крови уровень антител к тиропероксидазе в крови уровень антител к тироглобулину в сыворотке крови уровень мочевины в крови уровень СТ4 сыворотки крови
433	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
434	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)
435	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
436	Ведущим клиническим признаком при острой надпочечниковой недостаточности является кетацидоз гипергликемия импотенция коллапс резкое повышение артериального давления
437	Вторичный гиперальдостеронизм возникает при снижении продукции аденокортикотропного гормона аденокарциноме, исходящей из клубочковой зоны коры надпочечников циррозе печени синдроме Конна феохромоцитоме
438	Клиническими проявлениями феохромоцитомы являются

	гипогликемия
	резкое повышение артериального давления
	расширение зрачков
	резкое снижение температуры тела
	резкое снижение артериального давления
439	Лабораторная диагностика феохромоцитомы основана на определении следующих показателей:
	метанефринов и норметанефринов в суточной моче
	ванилина в крови
	адреналина в крови
	адренокортикотропного гормона
	ванилилминдальной кислоты в моче
440	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
441	К операциям, рекомендованным для лечения морбидного ожирения относятся:
	абдоминопластика
	гастропликация
	гастрошунтирование
	липосакция
442	Рестриктивные операции в лечении ожирения направлены на
	липосакцию
	уменьшение абсорбции пищи
	уменьшение размеров желудка
	шунтирование отделов тонкой кишки
443	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
444	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
2	
445	Абсолютными противопоказаниями к склеротерапии являются:
	аллергия на склерозант
	курение
	острое воспаление подкожной клетчатки
	предшествующие неудачные сеансы
	тромбоз глубоких вен
446	Наиболее распространенными местными реакциями после склеротерапии являются
	боль по ходу склерозированной вены
	крапивница

	поверхностные некрозы
	подкожные гематомы
	тромбофлебит
447	«Золотым стандартом» инструментального обследования пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей является
	плетизмография
	флебография
	дуплексное сканирование вен нижних конечностей
	спиральная компьютерная томография
448	«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
449	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
450	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
451	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
452	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
453	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

454	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
455	К факторам риска развития хронических заболеваний вен относятся:
	беременность
	наследственность
	ожирение
	мужской пол
456	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
457	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
458	Для 1 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	трофических расстройств
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиоэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
459	Для 2 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
	трофических расстройств
	варикозных вен
	отека на голени в конце дня
	телеангиоэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
460	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
461	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
462	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
	телеангиоэктазий и ретикулярных вен
	открытой венозной язвы
	закрытой трофической язвы
463	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
464	Варикозная болезнь таза сопровождается расширением
	внутрибазальных венозных сплетений и гонадных вен
	общих подвздошных вен
	нижней полой вены
	порто-кавальных анастомозов
	внутренних подвздошных вен
465	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
466	Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) встречается при:
	анатомически полноценной венозной системе
	длительной статической нагрузке
	беременности
	запорах
	системная артериальная гипертензия
	тяжелом физическом труде
	приеме оральных контрацептивов
467	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
468	Характерными жалобами для варикозной болезни вен таза являются:
	диспареуния
	тазовая боль, возникающая при длительных статических или физических нагрузках
	вульварный варикоз
	невынашивания
469	Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием:
	тромбоза поверхностных вен
	варикозного расширения поверхностных вен
	тромбоза глубоких вен
	перевязки большой подкожной вены
	клапанной недостаточности перфорантных вен

470	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
471	Для отека при лимфедеме характерны следующие признаки:
	отек на тыльной поверхности стопы
	отсутствие отека на стопе
	безболезненный отек
	болезненный отек
	асимметрия отека при билатеральном поражении
472	Для пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей характерны жалобы:
	"венозная" боль
	зуд и жжение
	ночные судороги
	перемежающаяся хромота
	чувство тяжести и утомляемость
473	При обструкции подвздошных вен методом выбора хирургической коррекции будет
	баллонная дилатация
	ликвидация перфорантного сброса
	обходное шунтирование
	стентирование
	эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) большой подкожной вены
474	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
478	«Золотым стандартом» инструментальной диагностики первичной и вторичной лимфедемы считают
	ультразвуковое исследование
	лимфосцинтиграфия
	лимфография цветная
	лимфография флуоресцентная (ICG-лимфография, NIR-лимфография)
	лимфография рентгеновская (рентгенолимфография)
479	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
480	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
481	Болезнь Педжета-Шреттера – это патологическое состояние, обусловленное первичным тромбозом:
	верхней поллой вены
	воротной вены
	нижней поллой вены
	подключичной вены
	сагиттального синуса
	верхней поллой вены
482	В течение какого срока от начала заболевания целесообразно проведение регионарного тромболизиса?
	10-14 дней
	2-3 недели
	5-7 дней
	6-12 часов
483	Вероятность тромбоза глубоких вен можно оценить с помощью шкалы
	индекс PESI
	индекс Wells
	модифицированный индекс Geneva
	шкала CHA2DS2-VASc
	шкала HAS-BLED
484	К антикоагулянтам, воздействующим на IIa фактор свёртывающей системы, относятся:
	антивитамины К
	дабигатрана этексилат
	клопидогрель
	нефракционированный гепарин
	ривароксабан
485	К антикоагулянтам, воздействующим на Ха фактор свёртывающей системы, относятся:
	антивитамины К
	дабигатрана этексилат
	низкомолекулярные гепарины
	ривароксабан
	сулодексид
486	Какими факторами обусловлено повреждение сосудистой стенки при развитии тромбоза?
	варикозным расширением вен
	воздействием провоспалительных цитокинов
	гипоксией
	дисфункцией мышечно-венозной помпы
	прямым воздействием при травме
487	Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне верхней поллой вены являются:
	боль в шее и конечности усиливающаяся при движениях
	мраморная окраска конечности
	отек верхней конечности
	похолодание конечности
	цианоз и усиления венозного рисунка
488	Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне нижней поллой 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
489	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
490	Осложнениями венозного тромбоза являются:
	венозная гангрена
	парез конечности
	посттромбофлебитическая болезнь
	тромботическая окклюзия артерий конечности
	тромбоэмболия лёгочных артерий
491	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
492	Основными методами консервативного лечения венозного тромбоза глубоких вен являются:
	антикоагулянтная терапия
	перемежающаяся пневмокомпрессия
	строгий постельный режим
	терапия диуретиками
	эластическая компрессия нижних конечностей
493	Пациентам с тромбозом глубоких вен голени показано проведение
	антикоагулянтной терапии
	дезагрегантной терапии
	перевязки подколенной вены
	тромболитической терапии
	тромбэктомии из глубоких вен
494	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
495	Осложнениями тромболитической терапии являются:
	аллергические реакции
	геморрагический инсульт
	забрюшинная гематома
	инфаркт миокарда
	некроз тонкой кишки
496	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 гиперемированный тяж
	распирающие боли в икроножных мышцах
497	Противопоказаниями к назначению антикоагулянтов служат:
	атопическая бронхиальная астма
	высокий риск геморрагических осложнений
	гипокоагуляция
	пилефлебит
	терминальная почечная недостаточность

	беременность
498	Тромбоз поверхностных вен следует дифференцировать от следующих заболеваний:
	лимфангоита
	лимфостаза
	рожистого воспаления
	синдрома Лериша
	флегмоны конечности
499	К осложнениям тромбоэмболии легочных артерий относятся:
	инфаркт легкого
	парадоксальная эмболия артерий нижних конечностей
	первичная легочная гипертензия
	тромбоз коронарных артерий
	хроническая легочная гипертензия
500	Клиническими симптомами тромбоэмболии легочных артерий являются:
	боли за грудиной с иррадиацией в левую руку
	брадикардия
	коллапс
	кровохарканье
	одышка
501	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
502	Показаниями к оперативной дезобструкции легочного артериального русла являются:
	невозможность проведения тромболитической терапии
	неэффективность тромболитической терапии
	прогрессирование острой сердечно-легочной недостаточности
	развитие инфарктной пневмонии
	развитие отека легких
503	Тромбоэмболию легочных артерий следует дифференцировать от следующих заболеваний:
	декомпенсированная сердечная недостаточность
	инфаркт миокарда
	межреберная невралгия
	перелом грудного отдела позвоночника
	пневмония
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
504	Хирургические вмешательства при тромбоэмболии легочных артерий направлены на:
	восстановление проходимости легочного русла
	ликвидацию инфаркта легкого
	предотвращение рецидива легочной эмболии
	протезирование трикуспидального клапана при выраженной регургитации
505	Лучшим материалом для выполнения бедренно-подколенного шунтирования является
	аутовена с формированием манжетки из синтетического протеза
	синтетический протез
	аутовена
	аутоартерия
506	Ожидаемыми эффектами тренировочных упражнений при лечении пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей являются:

	метаболическая адаптация ишемизированной мышцы
	снижение выработки эндотелий зависимого оксида азота
	улучшение гемореологии
	расширение существующих коллатеральных сосудов
507	Наличие трофической язвы или гангрены по классификации тяжести хронической ишемии конечностей по А.В. Покровскому относится к стадии
	III
	II
	IV
	I
508	Экстраанатомическое шунтирование может рассматриваться для пациентов
	с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
	при отсутствии альтернативных вариантов хирургических вмешательств
	при тандемных стенозах
	при ишемии конечности IIb
509	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
510	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
511	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
512	Значение лодыжечно-плечевой индекс более 1,3 интерпретируют как
	невозможно сдавить кальцинированные артерии
	норма
	поражение периферических артерий средней степени тяжести
	сомнительный результат
513	К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с асимптомным течением?
	I
	III
	IIa
	IIb
514	К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с болью в покое?
	I
	III
	IIa
	IIb
515	К факторам риска развития атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей относятся:
	артериальная гипертензия

	варикозное расширение вен
	нарушения липидного обмена
	сахарный диабет
	тромбофилия
516	Переменная 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
517	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
518	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
519	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 неизмененной сосудистой стенке
520	Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава выполняют при
	окклюзии от устья поверхностной бедренной артерии на всем протяжении при сохранной проходимости подколенной артерии
	окклюзии поверхностной бедренной артерии с одновременной окклюзией проксимального отдела подколенной артерии
	при окклюзии подколенной артерии на всем протяжении с одновременными изменениями в поверхностной бедренной артерии
521	Бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава выполняют при
	окклюзии проксимального отдела подколенной артерии
	окклюзии поверхностной бедренной артерии с одновременной окклюзией проксимального отдела подколенной артерии
	окклюзии поверхностной бедренной артерии
	окклюзии поверхностной бедренной артерии в устье
522	Критическая ишемия нижних конечностей определяется как
	стеноз терминального отдела аорты
	синдром компенсации хронической артериальной недостаточности конечности
	синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности
	окклюдизирующее поражение бифуркации аорты
523	Первичную ампутацию конечности следует выполнять
	при невозможности реваскуляризации
	при критической ишемии
	при протяженности окклюзии более 20 см
	при наличии некротических изменений конечности
524	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
525	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
526	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
527	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
528	Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты
	тораколапаротомия
	продольная стернотомия
	внебрюшинный доступ по пирогову
	двухсторонний бедренный доступ
	нижнесрединная лапаротомия
529	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
530	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
531	Для облитерирующего тромбангита 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
532	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
533	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
534	Для диагностики разрыва аневризмы брюшной аорты первоначально наиболее целесообразно использовать
	аортографию
	компьютерную томографию
	лапароскопию
	рентгенографию брюшной полости
	ультразвуковое исследование
535	Клиническая картина разрыва аневризмы брюшной аорты включает:
	гипотонию
	ишемию нижних конечностей
	боли в животе и поясничной области
	тахикардию
	боли в нижних конечностях
536	Факторами риска развития аневризмы аорты являются:
	артериальная гипертензия
	курение
	атеросклероз
	тромбоз аневризмы
	переломы позвонков в анамнезе
537	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
538	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
539	Признаками, позволяющими заподозрить аневризму аорты при рентгенографии органов грудной клетки, являются:
	правосторонняя пневмония
	расширение средостения
	смещение средостения вправо

	нарушение контура аорты
	кальциноз стенки аорты
540	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
541	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
542	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
543	Определите тактику лечения окклюзивного тромбоза общей бедренной вены
	операция Трянова-Тренделенбурга
	имплантация кава-фильтра
	перевязка подвздошной вены
	антикоагулянтная терапия, ультразвуковой контроль в динамике
	регионарный тромболизис
544	В качестве метода скрининга и первичной диагностики гемодинамически значимых стенозов и окклюзий мезентериальных артерий используют
	МРТ
	ангиографию
	рентгеновское исследование
	ультразвуковое дуплексное сканирование
545	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
546	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
547	Факторами риска развития острого нарушения мезентериального кровообращения являются:
	атеросклероз
	гемофилия
	неспецифический язвенный колит

	сепсис
	полипоз ободочной кишки
	мерцательная аритмия
548	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
549	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
550	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
551	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 кишки
552	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 кишки
553	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
554	Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является
	ангиография брюшной полости
	КТ- ангиография брюшной полости
	ультразвуковое исследование брюшной полости
	МРТ брюшной полости
	лапароскопия

555	Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является
	анемии
	тромбоцитопения
	выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови
	повышение уровня гематокрита
	тромбоцитоз
556	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
557	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
558	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
559	Оптимальным объемом оперативного пособия при эмболических формах острой ишемии кишечника и отсутствии гангрены кишечника является
	реваскуляризация с выполнением аортomezентериального анастомоза
	эмболектomia
	резекция кишки с выведением стомы
	резекция кишки с наложением анастомоза
	эксплоративная лапаротомия
560	Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентериального кровообращения является
	антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
	хирургическая операция
	динамическое наблюдение
	использование мини инвазивных вмешательств
	активно-вижидательная тактика
561	Необструктивным нарушениям циркуляции мезентериальных сосудов могут способствовать
	аритмии
	введение адреномиметиков
	прием мочегонные препараты
	хроническая обструктивная болезнь легких
	гиповолемии
2	

562	У пациентов, оперированных по поводу первичных грыж брюшной стенки, встречаются следующие осложнения:
	ранний рецидив грыжи
	хроническая послеоперационная боль
	пневмокониоз
	серома операционной раны
	инфицирование эндопротеза
563	Выберите наиболее частый исход серомы после операции по поводу паховой грыжи
	хроническая водянка яичка
	образование гранулемы
	нагноение
	рассасывается в течение 6-8 недель
564	Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к
	образованию кишечных свищей
	кровотечению
	хроническому колиту
	хроническому циститу
565	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 послеоперационной функциональной несостоятельности органов и систем
566	Продолжительность послеоперационного 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
567	Ранний послеоперационный период длится
	3 - 5 суток
	24 - 72 часа
	1 неделю
	14 дней
	2 - 3 недели
568	Продолжительность позднего послеоперационного периода составляет
	14 дней
	2 - 3 недели
	3 - 4 недели
	1 месяц
	3 месяца
569	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
570	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
571	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
572	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
573	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
574	При неосложненном течении послеоперационного периода назначение наркотических анальгетиков
	не применяется
	применяется всем больным без исключения
	применяется в первые 2 - 3 дня после обширных полостных операций в рамках мультимодальной аналгезии
	применяется только после открытых хирургических вмешательств
575	При неосложненном течении послеоперационного периода перидуральная анестезия
	не применяется
	применяется у всех больных без исключения для профилактики послеоперационного 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
576	Продолжительность катаболической фазы послеоперационного периода обычно составляет
	24 - 48 часов
	72 часа
	5 - 7 дней
	7 - 14 суток
577	Катаболическая фаза послеоперационного периода характеризуется
	развитием тканевого алкалоза
	повышенный распад белка
	торможением биосинтеза и освобождения глюкокортикоидов и альдостерона
	интенсификацией окислительно-восстановительных процессов в тканях
	снижение активности симпатно-адреналовой системы
578	Потеря белка во время катаболической фазы послеоперационного периода
	отсутствует
	не превышает 1 - 2 г в сутки
	может достигать 30 - 40 г в сутки
	составляет 100 - 200 г в сутки
579	Фаза обратного развития послеоперационного периода длится в течение
	24 часов
	5 - 7 дней
	7 - 14 суток
	3 - 5 суток

580	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
581	В фазу обратного развития характерной особенностью белкового обмена является
	отрицательный азотистый баланс
	положительный азотистый баланс
	повышенный распад белка
	угнетение синтеза белка
582	Продолжительность анаболической фазы постоперационного периода составляет
	3 - 4 недели
	1 - 2 недели
	2 - 5 недель
	5 -7 дней
	7 - 14 суток
583	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
584	В анаболическую фазу постоперационного периода характерной особенностью белкового обмена является
	усиление синтеза белков
	отрицательный азотистый баланс
	интенсификация распада белков
	торможение биосинтеза белка
585	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
586	В раннем постоперационном периоде ранняя активизация больных является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как:
	нарушение гемодинамики
	дыхательная недостаточность
	парез кишечника
	кровотечение
	инфицирование раны
	острая почечная недостаточность
	пролежни
587	В раннем постоперационном 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

588	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
589	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
590	В раннем послеоперационном периоде дыхательная гимнастика является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
	гипоксическая дыхательная недостаточность
	центрогенная дыхательная недостаточность
	каркасная дыхательная недостаточность
	идиопатические гиповентиляционные синдромы
591	Инфекционные осложнения у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами как
	стафилококк
	кишечная палочка
	стрептококк
	бактероиды
592	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
593	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
594	Длительное нахождение катетера в вене может привести к такому патологическому состоянию, как
	септический флебит
	пневмоторакс
	плеврит
	ДВС-синдрому
595	Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением после тиреоидэктомии является
	поражение возвратного нерва
	кровотечение
	тиреотоксический криз
	гипотиреоз
596	транзиторный гипопаратиреоз
	Причинами синдрома желтухи в ранние сроки после холецистэктомии могут быть:
	дуоденостаз
	резидуальный холедохолитиаз
	стенотоз большого дуоденального сосочка
	травма внепеченочных желчных протоков
	ранняя спаечная кишечная непроходимость

597	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
598	Причинами пареза кишечника в послеоперационном периоде могут явиться:
	операционная травма при операциях на брюшной полости
	перитонит
	панкреатит
	ранняя активизация
	водно-электролитные нарушения
	эпидуральная аналгезия
599	Факторы, предрасполагающие к развитию легочных осложнений в послеоперационном периоде:
	густая слюна
	рвота и регургитация
	неадекватное обезболивание
	ранняя активизация
	водно-электролитные нарушения
600	Признаками поверхностной инфекции области хирургического вмешательства являются:
	болезненность при пальпации
	покраснение кожи
	врезание кожных швов
	кровотечение из раны между швами
	уплотнение тканей вокруг раны
601	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
602	Укажите мероприятия, направленные на профилактику пролежней:
	ранняя активизация больных
	исключить наличие на постельном белье складок
	строгий постельный режим
	подкладка резиновых кругов
	использование мокрых простыней
2	
603	Закройтой 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
604	Для открытой травмы груди или живота характерно
	сохранение целостности кожного покрова
	повреждение кожного покрова
	повреждение мышц стенки
	повреждение плевры или брюшины

605	Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза гемоторакса:
	плевральная пункция
	ультрасонография
	компьютерная томография
	сцинтиграфия органов грудной клетки
	торакоскопия
606	Критерием, определяющим проникающий характер ранения груди, является
	нарушение костного каркаса
	сохранение целостности париетальной плевры
	нарушение целостности париетальной плевры
	нарушение целостности кожного покрова
607	Градация степени тяжести повреждений грудной стенки по OIS (Organ Injury Scaling) основана на оценке
	площади повреждений
	глубине повреждений
	вида оружия
	наличия инфекции в ране
608	Основной жалобой при ушибах грудной клетки является
	общая слабость
	затрудненное дыхание
	боль при пальпации, усиливающаяся при движении и дыхании
	повышение температуры тела
609	Достоверным клиническим признаком перелома ребра является
	костная крепитация
	болезненность при пальпации
	асимметрия движений обеих половин грудной клетки
	местный отёк мягких тканей
610	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»
611	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»
612	Отличить продолжающееся кровотечение от состоявшегося при гемотораксе позволяет проба:
	Мартинета
	Рувилюа–Грегуара
	Петрова
	Эфендиева
	Вальсальвы
613	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

614	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
615	О наличии крови в брюшной полости может свидетельствовать положительный симптом
	Воскресенского
	Бартомье-Михельсона
	Кулленкампа
	Ситковского
	Мейо-Робсона
616	Исчезновение печеночной тупости при перкуссии позволяет заподозрить повреждение:
	крупных сосудов забрюшинного пространства
	селезенки
	полого органа
	межреберных сосудов
	печени
617	Методом выбора в лечении закрытого пневмоторакса является
	Наложение давящей повязки
	Экстренная торакотомия
	Интубация трахеи
	Экстренная бронхоскопия
	Дренирование плевральной полости
618	Первой помощью при пневмотораксе является
	Наложение давящей повязки
	Экстренная торакотомия
	Интубация трахеи
	Экстренная бронхоскопия
	Дренирование плевральной полости
619	Расширение тени, сглаживание талии сердца на обзорной рентгенограмме грудной клетки при сочетанной травме позволяет заподозрить
	гемоторакс
	пневмоторакс
	тампонаду сердца
	повреждение пищевода
	ушиб сердца
620	Правило «4 катетеров» у пациентов с тяжелой травмой включает в себя:
	установку катетера в носоглотку для оксигенотерапии
	обеспечение доступа к центральной вене
	зондирование желудка
	катетеризацию мочевого пузыря
	дренирование плевральной полости
	установку катетера в носоглотку для эвакуации отделяемого
621	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
622	Наличие жидкости в брюшной полости при нестабильной гемодинамике у пациента с травмой живота требует выполнения
	экстренной операции
	назначения диуретиков

	гемотрансфузии
	компьютерной томографии
	искусственной вентиляции легких
623	Перечислите изменения на ЭКГ, характерные для ушиба сердца:
	изменения комплекса QRS
	нарушения проводимости
	инверсия зубца Т
	синусовая тахикардия
	депрессия сегмента ST
624	«Триада смерти» при политравме включает в себя:
	метаболический ацидоз
	метаболический алкалоз
	гипотермия
	гипертермия
	коагулопатия
625	Триада Бека при тампонаде сердца включает в себя:
	брадикардию
	снижение артериального давления
	повышение центрального венозного давления
	ослабление сердечных тонов
	нарушения ритма сердца
626	Отличить инфицированный гемоторакс от стерильного позволяют пробы:
	Рувилуа–Грегуара
	Петрова
	Эфендиева
	Вальсальвы
	Руфье-Диксона
627	Величина гематомы при ушибе зависит от следующих факторов:
	калибра поврежденного сосуда
	локализации ушиба
	площади поврежденной поверхности
	эластичности тканей
628	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
629	К симптомам ушиба относятся:
	припухлость
	кровоподтек
	кровотечение
	боль
	наличие раны в области травмы
630	Нарастающие межмышечные гематомы опасны из-за
	возможности инфицирования
	болевого синдрома
	возможности вторичного сдавления нервов и кровеносных сосудов
	возможности резорбции

631	Достоверным признаком повреждения диафрагмы является получение при дренировании плевральной полости
	лимфы
	желудочного содержимого
	крови
	гноя
632	При сочетанной травме рекомендовано выполнить МСКТ зон
	голова, шея, грудь
	голова, шея, грудь, живот, таз
	голова, шея, грудь, живот
	шея, грудь
633	Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является
	боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
	боль в подреберье
	пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
	ослабленное дыхание на стороне травмы
634	Абсолютными показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является
	пневмоторакс
	свернувшийся гемоторакс
	продолжающееся кровотечение в плевральную полость
	проникающее ранение грудной клетки
635	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
636	Что такое кататравма?
	падение с высоты
	автомобильная травма
	ножевое ранение
	поездная травма
637	Основными признаками гемодинамической нестабильности пациента являются:
	быстро нарастающая слабость головокружение
	одышка
	отсутствие пульса и дыхания
	систолическое артериальное давление <90 мм рт.ст.
638	Отрыв печени классифицируется по AAST как повреждение
	II степени
	III степени
	IV степени
	V степени
639	Пациентам с предполагаемой закрытой травмой печени и стабильной гемодинамикой рекомендовано выполнение
	КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
	МРТ брюшной полости

	рентгенографии брюшной полости
	сцинтиграфии печени
640	Подкапсульная гематома, занимающая <10% поверхности печени или разрыв капсулы и паренхимы печени на глубину <1 см классифицируются по AAST как повреждение печени
	I степени
	II степени
	III степени
	IV степени
	V степени
641	После успешного неоперативного лечения пациент, перенесший неосложненную травму печени, может возвращаться к обычной активности через
	1 год
	3-4 месяца
	7 дней
	9 месяцев
642	Ультразвуковых исследований брюшной полости при травме печени при необходимости динамического контроля проводят с интервалом в
	12 часов
	2-3 часа
	6 часов
	8 часов
643	При обширном повреждении паренхимы печени, массивном внутрибрюшном кровотечении основной целью оперативного вмешательства является
	реинфузия излившейся в брюшную полость крови
	резекция пораженной ткани печени
	остановка внутрибрюшного кровотечения
	санация брюшной полости
644	Противопоказаниями к неоперативному лечению пациентов с повреждениями печени являются:
	внутрибрюшное кровотечение
	нестабильная гемодинамика
	перитонит
	сочетанное повреждение селезенки
645	Характерным признаком продолжающегося внутрибрюшного кровотечения при выполнении компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением является
	визуализация дефекта паренхимы печени
	свободная жидкость в брюшной полости
	свободный газ в брюшной полости
	экстравазация контрастного препарата
646	Консервативная терапия возможна, если «закрытая» травма печени по классификации AAST относится к
	II степени
	III степени
	IV степени
	V степени
647	Способом постоянной остановки кровотечения при травме печени является
	маневр Прингла
	пакетирование печени
	тампонирование печени
	прошивание кровоточащего сосуда

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 стационара;

2. Опишите методику обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в условиях стационара;

3. Оцените данные лабораторных исследований и сделайте заключение об изменениях;

4. Оцените данные инструментальных методов исследования и сделайте заключение об изменениях;

5. Опишите методику дифференциальной диагностики и постановки предварительного диагноза на основании клинического осмотра пациентов;

6. Опишите тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в условиях стационара;

7. Назначьте лечение пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в стационарных условиях, с учетом современных методов консервативного и оперативного лечения;

5. Опишите лечебные манипуляции и техники при оказании медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями в условиях стационара, в числе которых:

- ✓ Опишите технику выполнения традиционной аппендэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения лапароскопической аппендэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения открытой холецистэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения лапароскопической холецистэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения холецистостомии;
- ✓ Опишите технику выполнения ушивания перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки;

- ✓ Опишите технику выполнения ушивания перфорации кишки;
- ✓ Опишите технику выполнения наложения гастростомы;
- ✓ Опишите технику выполнения наложения еюностомы;
- ✓ Опишите технику выполнения наложения колостомы;
- ✓ Опишите технику выполнения формирования энтероэнтероанастомоза;
- ✓ Опишите технику выполнения резекции желудка;
- ✓ Опишите технику выполнения резекции тонкой кишки;
- ✓ Опишите технику выполнения резекции толстой кишки;
- ✓ Опишите технику выполнения тонкотолстокишечного анастомоза;
- ✓ Опишите технику выполнения правосторонней гемиколэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения левосторонней гемиколэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения санации и дренирования брюшной полости при перитоните;

- ✓ Опишите технику выполнения установки VAC-системы;
- ✓ Опишите технику выполнения ушивания ран печени;
- ✓ Опишите технику выполнения резекции печени;
- ✓ Опишите технику выполнения кроссэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения геморроидэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения ампутации конечности;

- ✓ Опишите технику выполнения ревизии и остановки внутрибрюшного кровотечения;
- ✓ Опишите технику кожного шва;
- ✓ Опишите технику сосудистого шва;
- ✓ Опишите технику выполнения минифлебэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения эндовазальных вмешательств при варикозной болезни;
- ✓ Опишите технику эмболэктомии из магистральных артерий;
- ✓ Опишите технику выполнения тромбэктомии из магистральных артерий;
- ✓ Опишите технику работы с электрокоагулятором;
- ✓ Опишите технику выполнения диагностической лапароскопии;
- ✓ Опишите технику выполнения герниопластики местными тканями;
- ✓ Опишите технику выполнения герниопластики сетчатыми трансплантатами;
- ✓ Опишите технику выполнения операции при флегмоне;
- ✓ Опишите технику обработки рук хирурга;
- ✓ Опишите технику выполнения первичной хирургической обработки раны;
- ✓ Опишите технику выполнения дренирующих операций при пилорoduоденальном стенозе.
- ✓ Опишите технику выполнения адгезиолизиса;
- ✓ Опишите технику выполнения некрсеквестрэктомии при панкреонекрозе;
- ✓ Опишите технику выполнения спленэктомии;
- ✓ Опишите технику выполнения торакоскопии;
- ✓ Опишите технику выполнения торакотомии;
- ✓ Опишите технику выполнения эмболэктомии из висцеральных артерий;
- ✓ Опишите технику выполнения пункции перикарда;
- ✓ Опишите технику выполнения биопсии образований;
- 8. Опишите тактику ведения больных с дренажами;
- 9. 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;
- 10. 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;
11. Опишите технику организации реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.
12. Перечислите показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;
13. Определите профилактические мероприятия и сроки проведения диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;
14. Перечислите документы, необходимые для направления больного с травмами, их последствиями и хирургическими заболеваниями на МСЭ с целью установления степени нетрудоспособности;
15. Перечислите документы, которые необходимо заполнить в условиях стационара и стационара кратковременного пребывания на хирургического больного;
16. Опишите, как происходит обработка и хранение данных функционально-диагностических исследований с помощью компьютерных технологий;
17. Опишите правила работы по сбору, обработке, защите и передаче персональных данных;
18. Опишите процесс работы с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы).

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Структурные подразделения хирургического стационара. Функции. Взаимодействие. Нормативно-правовое обеспечение работы.
2. Принципы асептики и антисептики в хирургии. Методы. Современные средства. Профилактика внутрибольничных инфекций.
3. Организация работы операционного блока. Требования к стерильности. Правила стерилизации инструментов и оборудования. Типичные ошибки и их последствия.
4. Выбор шовного материала в хирургии. Классификация. Показания. Преимущества и недостатки современных материалов.
5. Методы гемостаза в хирургии. Сравнительная характеристика. Показания. Противопоказания. Осложнения.
6. Современные методы обезболивания в хирургии. Классификация анестезии (общая, регионарная, местная). Показания, риски, преимущества каждого метода. Особенности выбора анестезии в зависимости от типа операции.
7. Принципы интенсивной терапии в хирургии. Мониторинг состояния пациента. Коррекция гомеостаза. Профилактика полиорганной недостаточности.
8. Основы трансфузиологии в хирургии. Показания к переливанию крови и её компонентов. Возможные осложнения (гемолитический шок, аллергические реакции). Методы профилактики.
9. Антибактериальная терапия в хирургии. Принципы эмпирического и целенаправленного лечения. Группы препаратов, схемы применения. Профилактика резистентности. Критерии отмены антибиотиков.

10. Рефлюкс-эзофагит и дивертикулы пищевода. Диагностика (эндоскопическая, рентгенологическая). Консервативные и хирургические методы лечения. Профилактика осложнений.
11. Кровотечения как осложнение язвенной болезни желудка и ДПК. Клиническая картина. Алгоритм диагностики. Эндоскопический гемостаз. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Послеоперационное ведение.
12. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Клиника. Лечебно-диагностический алгоритм.
13. Болезни оперированного желудка. Варианты и их клинические проявления. Тактика обследования и лечения.
14. Рубцовый стеноз как осложнение язвенной болезни. Клиническая картина в зависимости от стадии. Особенности диагностики и предоперационного ведения. Варианты хирургических пособий.
15. Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии. Причины. Особенности клиники. Алгоритм диагностики и лечения.
16. Пенетрация язв. Клиническая картина. Тактика диагностики и лечения.
17. Острая кишечная непроходимость. Классификация (механическая, динамическая). Методы диагностики (клинические, инструментальные). Консервативная терапия. Показания к операции. Виды вмешательств.
18. Кишечная непроходимость опухолевой этиологии. Клиника. Принципы диагностики и лечения.
19. Кишечная непроходимость неопухолевой этиологии. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению и варианты пособий. Неоперативный менеджмент.
20. Острый аппендицит. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Варианты течения (катаральный, флегмонозный, гангренозный). Хирургические доступы. Методы аппендэктомии. Лечение осложнений (перитонит, абсцессы).
21. Аппендикулярный инфильтрат. Причины формирования. Особенности клинической картины. Диагностика. Алгоритм ведения. Показания к хирургическому лечению.
22. Заболевания печени (кисты, абсцессы, циррозы). Методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ). Консервативное и хирургическое лечение. Трансплантация печени: показания, противопоказания.
23. Желчнокаменная болезнь. Клиника. Диагностика. Лапароскопическая и открытая холецистэктомия: показания, техника.
24. Холедохолитиаз. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения (холангит, механическая желтуха, панкреатит).
25. Механическая желтуха. Причины. Клиника. Алгоритм диагностики и лечения.
26. Синдром Мириззи. Патогенез. Классификация. Тактика лечения. Особенности оперативных вмешательств.
27. Острый холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Тактика диагностики и лечения.
28. Полипоз желчного пузыря. Причины. Диагностика и лечение.
29. Острый панкреатит. Причины. Патогенез. Диагностика (биохимические маркеры, визуализация). Консервативная терапия. Показания к дренированию, резекции.

30. Панкреонекроз. Современные методы лечения. Алгоритм диагностики и лечения при развитии осложнений.
31. Хронический панкреатит. Клиника. Хирургические аспекты лечебной тактики.
32. Грыжи. Классификация (паховые, бедренные, пупочные, послеоперационные). Методы диагностики. Традиционные и лапароскопические методы герниопластики. Использование сетчатых протезов: преимущества, риски.
33. Паховые грыжи. Классификация паховых грыж. Клиника, диагностика и хирургическое лечение паховых грыж. Варианты герниопластики при паховых грыжах. Скользящие грыжи, особенности операций при скользящих грыжах.
34. Пупочные грыжи. Клиника и диагностика особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки при пупочной грыже.
35. Грыжи белой линии живота. Клиника и диагностика особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки.
36. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Классификация. Клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, виды вмешательств.
37. Диафрагмальные грыжи. Этиология. Клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, виды вмешательств. Осложнения.
38. Бедренные грыжи: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
39. Осложнения грыж. Виды осложнений. Клиническая картина. Алгоритмы диагностики. Лечебная тактика при самопроизвольном вправлении грыжи, мнимое вправление, ложное ущемление.
40. Ущемленная грыжа. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика и особенности оперативного лечения. Особенности лечебной тактики при флегмоне грыжевого мешка.
41. Послеоперационные вентральные грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
42. Перитонит. Определение понятия. Классификация. Понятие первичного, вторичного и третичного перитонита. Диагностика
43. Местный перитонит. Этиология. Виды и особенности абсцессов брюшной полости. Клиническая картина и её особенности в зависимости локализации.
44. Распространенный перитонит. Особенности патологического процесса в зависимости от источника перитонита и выраженности поражения брюшины. Лабораторная и инструментальная диагностика.
45. Перитонит. Дифференциальная диагностика, причины возникновения. Показания к проведению и объём предоперационной подготовки. Современные принципы комплексного лечения в послеоперационном периоде.
46. Перитонит. Особенности оперативного вмешательства. Выбор оптимального доступа, лапаростомии, проведению программных санаций. Послеоперационное ведение-антибактериальная терапия, иммуномодуляция, детоксикация, коррекция органной дисфункции по системам.
47. Понятие об абдоминальном сепсисе. Прогностическая балльная оценка. Органная дисфункция при перитоните.

48. Пневмоторакс. Виды (спонтанный, травматический, напряжённый). Клинические проявления. Диагностика. Тактика лечения (пункция, дренаж, торакоскопия).
49. Нагноительные заболевания лёгких (абсцесс, гангрена). Этиология. Патогенез. Рентгенологическая и КТ-диагностика. Консервативные и хирургические методы (бронхоскопическое дренирование, лобэктомия).
50. Плеврит и эмпиема плевры. Дифференциальная диагностика (экссудативный, гнойный). Пункция плевральной полости. Установка дренажей. Антибактериальная терапия. Санация полости.
51. Лёгочное кровотечение. Причины (туберкулёз, рак, бронхоэктазии). Методы остановки (бронхоскопические, эндоваскулярные, хирургические). Оценка объёма кровопотери. Реанимационные мероприятия.
52. Заболевания щитовидной железы. Диффузный токсический зоб, узловой зоб, рак: диагностика (УЗИ, ТАБ, сцинтиграфия). Тиреоидэктомия: техника. Сохранение паратиреоидных желёз. Послеоперационный гипотиреоз, гипопаратиреоз: профилактика, лечение.
53. Хирургические заболевания надпочечников. Феохромоцитома, альдостерома, кортикостерома: клиника, диагностика. Адреналэктомия: лапароскопический и открытый доступ. Гормональная заместительная терапия.
54. Бариатрическая хирургия. Показания (морбидное ожирение, метаболический синдром). Виды операций (шунтирование, бандажирование, рукавная гастропластика). Отдалённые результаты. Осложнения (дефицит витаминов, мальабсорбция).
55. Облитерирующие заболевания артерий (атеросклероз, эндартериит). Клиника (перемежающаяся хромота, трофические язвы). Неинвазивная диагностика (УЗДГ, КТ-ангиография). Консервативная терапия (статины, антиагреганты). Реконструктивные операции (шунты, стентирование).
56. Аневризмы аорты. Классификация (торакальная, брюшная, расслаивающая). КТ- и МРТ-диагностика. Открытые и эндоваскулярные методы лечения (эндопротезирование). Критерии экстренного вмешательства.
57. Варикозная болезнь нижних конечностей. Патогенез. Стадии. Компрессионная терапия. Флеботропные препараты. Малоинвазивные методы (склеротерапия, термическая облитерация). Традиционные операции (стриппинг).
58. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Дифференциальная диагностика. Осложнения венозного тромбоза. Медицинская реабилитация.
59. Тромбоз подкожных вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, тактика лечения. Особенности лечебно-диагностической тактики. Отдельные варианты тромбофлебита.
60. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Факторы риска. Патогенез. Диагностика. Антикоагулянтная терапия. Тромболизис. Кава-фильтры.
61. Лимфедема конечностей. Этиология. Патогенез и патофизиология нарушения. Классификация. Диагностика. Лечение.
62. Травмы грудной клетки. Переломы рёбер. Флотирующие грудины. Повреждения лёгких. Торакоцентез. Дренирование плевральной полости. Ошибки при оказании помощи. Профилактика осложнений.
63. Травмы живота. Повреждения полых и паренхиматозных органов. Диагностическая лапаротомия. Лапароскопия. Остановка кровотечения. Ушивание ран. Резекция органов.

64. Дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний. Алгоритм обследования (осмотр, УЗИ, КТ). Сравнительная характеристика клинических проявлений (аппендицит, панкреатит, прободная язва, ущемлённая грыжа). Тактика «диагностического минимума» при неясном диагнозе.

65. Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит). Эндоскопическая и гистологическая диагностика. Медикаментозное лечение (глюкокортикоиды, биологические препараты). Показания к резекции кишки. Илеостомия.

66. Геморрой. Классификация (стадии, внутренние/наружные узлы). Консервативная терапия (свечи, мази, диета). Малоинвазивные методы (склеротерапия, лигирование). Геморроидэктомия.

67. Парапроктит. Виды (подкожный, ишиоректальный, пельвиоректальный). Экстренная операция: вскрытие абсцесса, дренирование. Иссечение свищей прямой кишки. Методы профилактики рецидивов.

68. Инфекционные осложнения в хирургии. Раневая инфекция. Нагноение. Сепсис. Антибиотикопрофилактика. Санация гнойных очагов. Критерии системной воспалительной реакции (SIRS). Септический шок.

69. Кровотечения в послеоперационном периоде. Причины (технические ошибки, коагулопатии). Методы диагностики (лапароскопия, ангиография). Реооперация. Трансфузионная терапия.

70. Тромбоэмболические осложнения. Профилактика (компрессионный трикотаж, антикоагулянты). Тромбофлебит глубоких вен. ТЭЛА: диагностика, лечение.

71. Инфекция области хирургической операции. Определение. Классификация. Способы оценки. Алгоритм диагностики и лечения

72. Ятрогения: виды, причины, меры преодоления.

73. Перечислите основные урологические синдромы. Как дифференцируют острый пиелонефрит и мочекаменную болезнь?

74. Каковы клинические проявления перекрута яичка? Чем он отличается от варикоцеле?

75. Перечислите гинекологические состояния, требующие экстренной хирургической помощи. Как их дифференцируют?

76. Как отличить внематочную беременность от апоплексии яичника? Какие обследования необходимы?

77. Каковы признаки нарушения кровоснабжения миоматозного узла? Как это заболевание дифференцируют от других гинекологических патологий?

78. Опишите дифференциальную диагностику перекрута ножки опухоли яичника и острого сальпингита. Какие методы подтверждают диагноз?

79. Периоперационная антибиотикопрофилактика в хирургии: цели, стандарты выбора препаратов, правила и сроки введения («золотой час»), роль в предотвращении инфекций области хирургического вмешательства.

80. Санитарно-просветительная работа в практике врача-хирурга: формы и методы формирования здорового образа жизни, особенности профилактики прогрессирования хронических хирургических заболеваний.

81. Мультидисциплинарный подход в реабилитации хирургических больных: регламент взаимодействия врача-хирурга со специалистами смежных профилей (физиотерапевты, инструкторы ЛФК, медицинские психологи).

82. Экспертиза временной нетрудоспособности в хирургической практике: нормативно-правовая база, правила оформления и выдачи листов нетрудоспособности, сроки единовременного продления документов врачом-хирургом.

83. Качество медицинской помощи по профилю «Хирургия»: критерии оценки, методы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, использование чек-листов безопасности.

84. Организация документооборота в хирургическом стационаре: правила ведения медицинской документации, особенности работы с электронными медицинскими картами (ЭМК) и информационно-аналитическими системами.

85. Порядок маршрутизации пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): медицинские показания, правила подготовки выписок и оформления онлайн-направлений через специализированные базы данных.

86. Правовой статус и должностные обязанности врача-хирурга стационара: права, обязанности и ответственность специалиста в соответствии с действующим профессиональным стандартом.

87. Организационно-управленческая функция лечащего врача-хирурга: координация работы, делегирование полномочий и контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в подчинении средним и младшим медицинским персоналом.

Ситуационные задачи

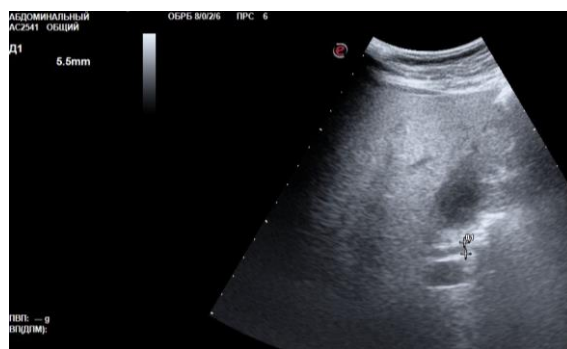
Задача 1

В клинику поступил пациент 74 лет, у которого два дня назад появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье и эпигастральной области, была повторная рвота желудочным содержимым, температура тела повысилась до 38,5°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 и Щёткина-Блумберга (только в правом подреберье).

В анализе крови лейкоциты - $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

Выполнено УЗ-исследование органов брюшной полости (см. рис.).



Задания:

1. Опишите сканограммы
2. Поставьте диагноз
3. Сформируйте план дообследования
4. Определите оптимальную тактику лечения данного пациента.

Задача 2

Больной К., 42 лет, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, обильную рвоту кровью. Ранее подобных явлений не отмечал. Из анамнеза стало известно, что ранее 8 лет назад перенес вирусный гепатит В. При осмотре кожный покров иктеричный. ЧСС 110-115 уд. в 1 мин, пульс слабого наполнения. АД 110/70 мм рт.ст. Живот увеличен за счет асцита; на передней брюшной стенке определяются расширенные подкожные вены. Перкуторно печень и селезенка увеличены в размерах. Ректально – геморроидальные узлы, на перчатке следы кала черного цвета.

Нб - 65 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$.

При экстренной эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода с продолжающимся кровотечением на момент исследования.



Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой метод остановки кровотечения использован при эндоскопии(см. рис.)?
3. Укажите возможные методы профилактики рецидива кровотечения.
4. Показания к операции и варианты хирургического пособия?

Задача 3

Больная В., 47 лет, поступила в отделение для выполнения плановой лапароскопической холецистэктомии. При осмотре в отделении – кожный поров и видимые слизистые субиктеричные. ЧДД 17 в мин. ЧСС 74 в мин. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; симптомы Ортнера, Кера и Мерфи отрицательные. Перитонеальных симптомов нет.

Из анамнеза известно, что около 2-х месяцев назад стационарное лечение по поводу холедохолитиаза, механической желтухи. По УЗИ – расширение холедоха до 15 мм, в дистальном отделе конкремент до 11 мм. Выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастриальной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, симптом Воскресенского положительный. Выполнено контрольное УЗИ (см. рис.)



Задания:

1. Какое осложнение развилось у больной?
2. Опишите изменения, выявленные по данным УЗИ.
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
4. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 4

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание 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.

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



Задания:

1. Опишите результат исследования.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие методы дообследования необходимо произвести?
4. Тактика лечения.

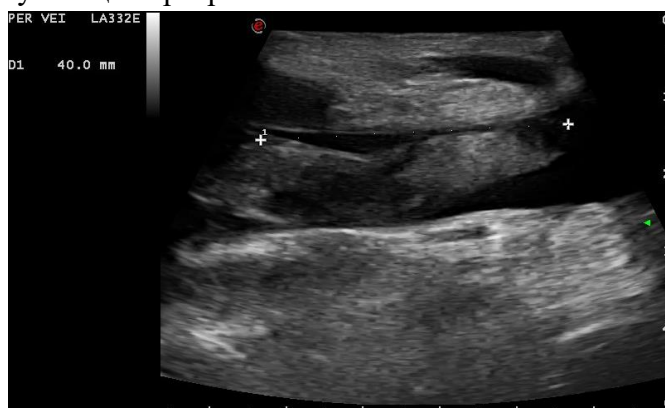
Задача 5

Пациент М., 70 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на боли, отек в правой нижней конечности в течении 5 дней.

Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа. Вредные привычки: отрицает. В анамнезе 3 месяца назад перелом голени справа.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в мин. ЧСС 76 в мин. АД 150/80 мм рт.ст.

Сосудистый статус: Обе нижние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Отек правой голени +2,0 см, на бедре отека нет. Пульсация артерий нижних конечностей отчетливая на всех уровнях с обеих сторон.



Задания:

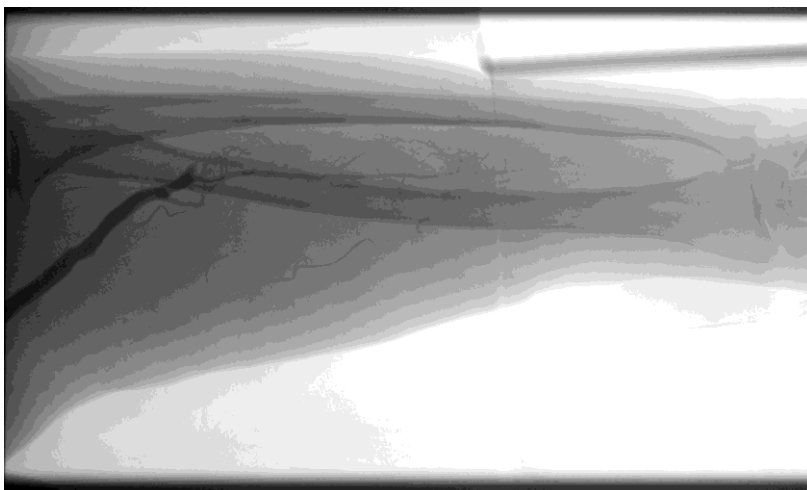
1. Опишите результат УЗ-исследования (см. рис.).
2. Сформулируйте основной диагноз
3. Назначайте дополнительные методы обследования для верификации диагноза
4. Тактика лечения.

Задача 6

Пациентка Б., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на боли, чувство онемения, похолодания в левой верхней конечности. Заболела остро, около 18 часов назад. Вскоре боли несколько стихли, остались чувство онемения и «ползание мурашек» в левой кисти и части предплечья.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в 1 минуту. ЧСС 76-102 ударов в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Сосудистый статус: Обе верхние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме, отека нет. Пульсация артерий правой верхней конечности отчетливая на всех уровнях; слева – не определяется дистальнее локтевой ямки.



Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите возможные причины заболевания.
3. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
4. Ваша лечебная тактика.

Задача 7

Больной, 28 лет. Заболел два дня назад, когда отметил появление болей в эпигастральной области, которые вскоре переместились в правую подвздошную область. Была тошнота, однократная рвота. Никуда не обращался, лечился самостоятельно (НПВС, спазмолитики) боли стихли, но сегодня возобновились в правой нижней половине живота, поднялась температура до 38°C , газы стали плохо отходить, стул задержан.

При осмотре в приемном отделении – состояние средней степени тяжести. Температура $38,6^{\circ}\text{C}$. Кожный покров нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом, живот резко болезненный в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.



Задания:

1. Опишите изменения на КТ (см. рис.).
2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Тактика лечения.

Задача 8

Пациент Т., 78 лет, поступила в хирургическое отделение через 2 часа от начала заболевания. Из анамнеза известно, что заболел остро, когда внезапно отметил появление интенсивных болей в эпигастрии. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. Страдает ревматическим пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела нормальная. Беспокоен, садится в постели, меняет положение тела. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 190/100 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника усилена. «Шум плеска» не определяется.

Лейкоциты – $24,6 \times 10^9/\text{л}$.



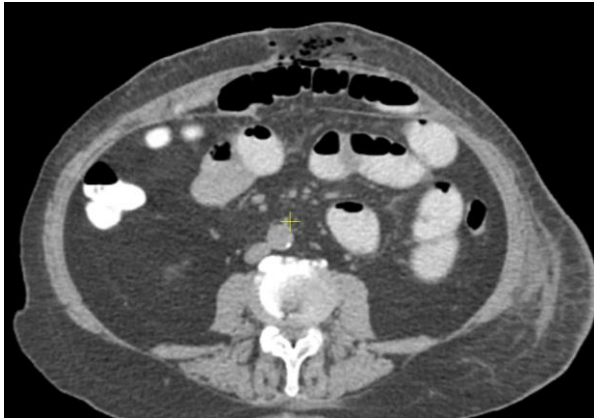
Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Тактика лечения.

Задача 9

У больного 58 лет за шесть часов до поступления в клинику внезапно появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, была многократная рвота. Стул был за несколько часов до заболевания. В анамнезе: 7 дней назад перенес оперативное лечение по поводу пупочной грыжи, диастаза прямых мышц живота (IPOM); выписан на 4 сутки.

Объективно: Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, бледен, пульс 110 в мин, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, живот умеренно вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, перкуторно над которым определяется тимпанит. Перистальтика кишечника ослаблена.



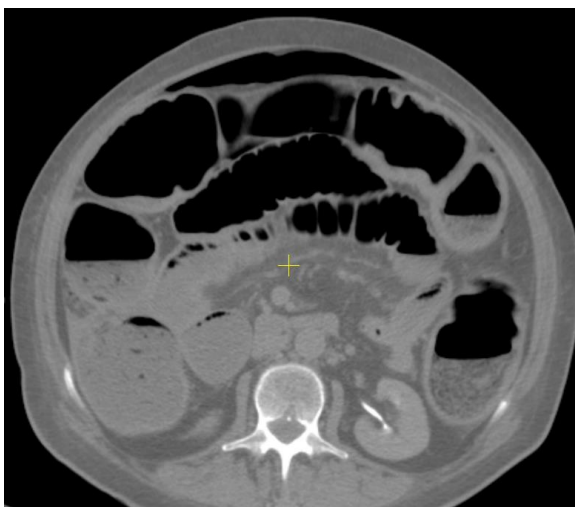
Задания:

1. Опишите изменения на КТ-граммах.
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Необходима ли предоперационная подготовка больному?

Задача 10

Пациент С., 74 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, рвоту, отсутствие стула и газов. В анамнезе: полипэктомия из сигмовидной кишки.

Объективно: Состояние тяжелое, сонлив, кожный покров бледный, сухой. Пульс 110 в мин, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом коричневого цвета. Живот вздут во всех отделах, болезненный во всех отделах, перкуторно тимпанит. Перистальтика кишечника не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах.



Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

Задача 11

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок.

Объективно: полость рта, шея, грудина без особенности. ЧДД 18 в мин. АД 110/75 мм рт.ст. Пульс 88 в мин. Язык влажный, чистый. Живот симметричен, не вздут, мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.



Задания:

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какие виды лечения применяют при данном заболевании?

Задача 12

Больная А., 22 лет, обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,9°C. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было.

При осмотре: язык влажный, температура 37,0°C. ЧДД 19 в мин. АД 120/75 мм рт.ст. Пульс 98 в мин. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное

образование около 10,0 см в диаметре. Напряжения мышц нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.

Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие инструментальные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Тактика ведения данного больного.

Задача 13

Больная В., 49 лет, 4 дня назад отметила появление сильных болей в верхних отделах живота опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Была многократная рвота. Подобные жалобы впервые. Лечилась самостоятельно, принимала но-шпу, без эффекта. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые субиктеричны. Температура – 36,7°C. Пульс 110 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не было.

Задания:

1. Какими заболеваниями может быть обусловлена данная клиническая картина?
2. Какие лабораторные показатели необходимы для установки диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика?
5. Профилактику каких осложнений необходимо проводить?

Задача 14

Больной С, 34 л., доставлен в приемное отделение бригадой СМП. Известно, что упал с велосипеда во время катания в парке. Со слов, ударился животом о руль.

При осмотре выявлены множественные экхимозы на коже верхних отделов живота. Живот в размерах не увеличен, при пальпации мягкий, определяется умеренно выраженное мышечное напряжение в эпигастральной области.

При проведении мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости без внутривенного контрастирования каких-либо патологических изменений не обнаружено.

Задания:

1. Ваш диагноз?
2. Какие повреждения органов брюшной полости могут произойти при такой травме.
3. Какие методы инструментальной диагностики позволят его подтвердить?
4. В чем состоит лечебная тактика в данной ситуации?

Задача 15

Больной Р., 36 лет, спортсмен тяжелоатлет, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 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:

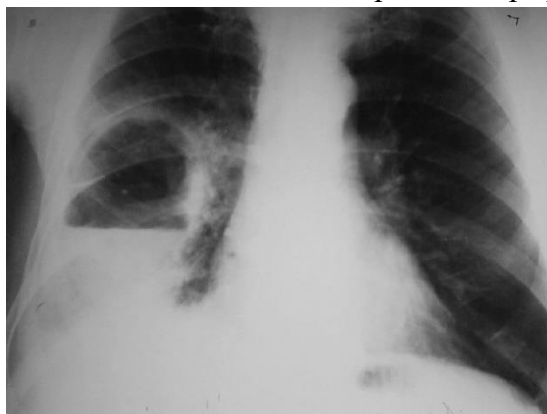
1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика в данной ситуации.
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Задача 16

Пациент К., 55 лет, обратился за медицинской помощью после эпизода резкого ухудшения состояния.

Анамнез заболевания: после перенесенного переохлаждения отметил повышение температуры тела до 38,7°C. Появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании. В последующие дни присоединился сухой кашель. Мокрота не отделялась. Через 8 дней от начала заболевания при сильном кашле выделилось около 100 мл гнойной мокроты с неприятным запахом.

Выполнено обследование: рентгенография органов грудной клетки.



Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз на основании представленных данных.
2. Определите тактику ведения больного.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Разработайте план реабилитационных мероприятий после стабилизации состояния.

Задача 17

У больной 45 лет спустя 7 дней после холецистэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозного холецистита, появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье, отмечено повышение температуры до 38,0°C, общая слабость.

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.

В анализе крови лейкоциты - $18,0 \times 10^9/\text{л}$.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что в проекции ложа желчного пузыря определяется жидкостное образование объемом до 18 см³, с четкими границами (см. рисунок). Внутривенечные желчные протоки и гепатикохоледох не расширены.



Задания:

1. Какие осложнения после холецистэктомии могут быть?
2. Сформулируйте диагноз.
3. План дообследования.
4. Определите оптимальную тактику лечения данной пациентки?

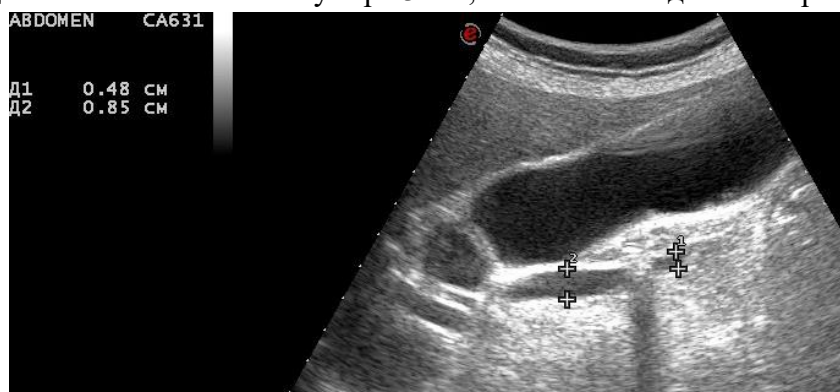
Задача 18

В клинику поступила больная К., 62 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что пациентка заболела пять дней тому назад, когда после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье, слабость, тошнота. В последние два дня склеры глаз и кожный покров приобрели желтушный оттенок, отметила потемнение мочи, осветление кала.

Объективно:

Состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Расчёсов на коже нет. Склеры глаз и кожа желтушной окраски. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, желчный пузырь и селезёнка не пальпируются.

При УЗИ брюшной полости установлено: печень в размерах не увеличена, однородной структуры; желчный пузырь небольших размеров, содержит конкременты; толщина стенки желчного пузыря 3 мм; гепатикохоледох - см. рис.



Задания:

1. Опишите сканограмму.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие инструментальные и лабораторные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения данной пациентки.

Задача 19

Больной Р., 36 лет, спортсмен тяжелоатлет, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 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 методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика в данной ситуации.
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Задача 20

Пациент П., 28 лет, пострадал в результате ДТП. Водитель ударился животом о руль. Потери сознания не было. Предъявляет жалобы на боли в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 98 в мин, АД 110/75 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.

Лейкоциты – $9,6 \times 10^9/\text{л}$.



Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

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

№ 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/obcschaya-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(2me_d,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 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html

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/uploader/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/uploader/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/uploader/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/uploader/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 им. Н. И. Пирогова, каф. урологии и андрологии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2018	10

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/uploader/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/uploader/fileUpload?name=189722.pdf&show=dcatalogues/1/3957/189722.pdf&view=true