

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.67

(хирургия)

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА
на заседании кафедры госпитальной хирургии

Зав. кафедрой Уметалиев Т.М.



«26» августа 2025 г.

Бишкек 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	4
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	
1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	
	6
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	7
2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	42

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности. Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.67 хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.67 хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

1.2. Порядок проведения государственного экзамена Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года. К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором. Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена. Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи. Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования.

Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном Госпитале при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделениях хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии, торакальной хирургии, сосудистой хирургии, гнойной хирургии и проктологии. Клинический разбор больного необходимо проводить по следующей схеме плана обследования хирургического больного:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Наружный осмотр области живота, шеи, грудной клетки и промежности.
3. Пальпация области живота, шеи, грудной клетки и промежности.
4. Пальцевое исследование прямой кишки.
5. Эндоскопия:
 - а) диагностическая лапараскопия: оценка состояния органов брюшной полости
 - б) ректоскопия: оценка состояния слизистой оболочки прямой кишки;
 - в) колоноскопия: оценка состояния слизистой оболочки толстой кишки.
6. Рентгенологические методы:
 - а) рентген скопия желудочно-кишечного тракта, ирригоскопия: изучение состояния органов желудочно-кишечного тракта.
 - б) фистулография: изучение состояния хода кишечных свищей.

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.67 Хирургия. Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.67. - Хирургия проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - хирурга в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70

вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков. Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости эндоскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования). Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой отлично оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организовывает необходимую и адекватную хирургическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную хирургическую помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи. Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования хирургических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных хирургических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе хирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены. Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки. Отметкой хорошо оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения

- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную хирургическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную хирургическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи. Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования хирургических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных хирургических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе хирургической помощи в случае чрезвычайных ситуаций. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены. Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой удовлетворительно оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную хирургическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную хирургическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и слабо умеет привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.

- 1.Ахунбаев И.К. и его роль в развитии хирургии Кыргызстана.
- 2.Варикозная болезнь. Относительная недостаточность венозных клапанов. Этиология, патогенез.
- 3.Варикозная болезнь. Триада Вирхова, клиника, хирургическое лечение.
- 4.Врожденные пороки сердца. ДМЖП: гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
- 5.Врожденные пороки сердца. ДМПП: гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
- 6.Врожденный порок сердца. Коарктация аорты: гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
- 7.Закрытые повреждения грудной клетки и ее органов. Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение. Ушиб грудной клетки, клиника, лечение.
- 8.Значение лучевых методов диагностики в хирургии (рентген, УЗИ, КТ и МРТ).
- 9.Илеофemorальный синдром: диагностика, лечение.
- 10.Илеофemorальный синдром: этиопатогенез, клиника.
- 11.Инородные тела пищевода. Диагностика, лечение.
- 12.Инородные тела пищевода. Клиника.
- 13.Ишемическая болезнь сердца. История хирургического лечения ишемической болезни сердца.
- 14.Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, показания к операции. Принципы хирургического лечения.
- 15.Коарктация аорты. Определение. Гемодинамические нарушения. Клиника. Методы лечения.
- 16.Коарктация аорты. Определение. Гемодинамические нарушения. Клиника. Методы лечения.
- 17.Кисты средостения. Классификация. Клиника, диагностика, показания к операции.
- 18.Классификация опухолей средостения и их топография. Клинические проявления опухолей средостения. Принципы диагностики и лечения.
- 19.Клиника рубцового сужения пищевода. Локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение бужированием

20. Клиника рубцового сужения пищевода. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода.
21. Коронарная болезнь сердца. Клиника, диагностика, показания к операции.
22. Малоинвазивные методы лечения коронарной болезни сердца.
23. Медиастинит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
24. Митральный стеноз (классификация по Б.В. Петровскому и А.Н. Бакулеву), клиника, показания к операции, виды операций.
25. Недостаточность митрального клапана: причины, гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
26. Недостаточность трикуспидального клапана: причины, гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
27. Открытый Баталов проток. Гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
28. Открытый Баталов проток. Определение. Гемодинамические нарушения. Клиника. Методы лечения.
29. Перикардит. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.
30. Перикардиты. Классификация, показания и виды оперативного лечения.
31. Постинфарктная аневризма сердца, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операции.
32. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Частота.
33. Постинфарктная аневризма сердца. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения.
34. Посттромбофлебитический синдром: определение, классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
35. Приобретенные пороки сердца. Недостаточность митрального клапана: гемодинамические нарушения, клиника, диагностика, лечение.
36. Приобретенные пороки сердца. Порок аортального клапана: гемодинамические нарушения, клиника.
37. Приобретенные пороки сердца. Порок аортального клапана: диагностика, хирургическое лечение.
38. Тетрада Фалло: Этиопатогенез, гемодинамические нарушения, клиника, диагностика и лечение.
39. Тромбофлебиты: определение, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
40. Тромбофлебиты: определение, этиопатогенез, классификация.
41. Тромбофлебиты: определение, этиопатогенез, классификация.
42. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца (показания к хирургическому лечению, выбор метода оперативного пособия, ближайшие и отдаленные результаты).
43. Эндоскопические методы диагностики и лечения в хирургии.
44. Атрезия пищевода: Дифференциальная диагностика. Значение ранней диагностики.
45. Атрезия пищевода: этиология, патогенез, формы атрезии. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения
46. Ахалазия кардии (клиника, диагностика, лечение, стадии).
47. Бедренная грыжа: клиника, диагностика и хирургическое лечение.
48. Бедренные грыжи: топография бедренного канала, диагностика, клиника, лечение.
49. Виды операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.
50. Виды пластики пищевода при рубцовых стриктурах.

51. Вторичный острый медиастинит (этиология, клиника, диагностика).
52. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (клиника, диагностика, лечение).
53. Грыжи слабых мест диафрагмы.
54. Грыжи собственно диафрагмы.
55. Диафрагмальные грыжи: этиология, классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
56. Дивертикулы пищевода.
57. Дивертикулы пищевода: классификация, клиника, диагностика и лечение.
58. Загрудинный зоб (клиника, диагностика, лечение).
59. Кардиоспазм (клиника, диагностика, лечение)
60. Кисты средостения (классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение).
61. Классификация медиастинитов.
62. Классификация опухолей средостения.
63. Клиника ожога пищевода.
64. Клиника повреждений пищевода.
65. Клинико-анатомические формы рака легкого - центральный, периферический, атипические формы. Особенности их рентгенологического и клинического проявления.
66. Клинические стадии ожога пищевода.
67. Комбинированные ожоги пищевода (диагностика и лечение).
68. Лечение острого гнойного медиастинита.
69. Лечение химического ожога пищевода в остром периоде.
70. Лимфогенные опухоли средостения (классификация, клиника, диагностика, лечение).
71. Мезенхиальные опухоли (классификация, клиника, диагностика, лечение).
72. Методы бужирования пищевода при химических ожогах.
73. Методы дренирования средостения при гнойных медиастинитах.
74. Неврогенные опухоли средостения (классификация, диагностика, клиника, лечение).
75. Парастернальные грыжи
76. Первичный острый медиастинит (этиология, клиника).
77. Пищевод Барретта.
78. Причины повреждений пищевода и их профилактика.
79. Рак легкого. Заболеваемость и смертность в мире. Морфологические формы рака легкого. Этиология, патогенез, предраковые заболевания. Метастазирование рака легкого. Профилактика.
80. Рак легкого. Современные методы лечения. Раннее выявление рака легкого.
81. Рак легкого. Этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
82. Рак легкого: клинические проявления – симптомы первичной опухоли, местно-распространенного процесса, признаки отдаленных метастазов.
83. Рак пищевода. Заболеваемость, этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и прогноз.
84. Раннее и позднее бужирование пищевода при химических ожогах.
85. Раннее и позднее бужирование при химических ожогах пищевода.
86. Релаксация диафрагмы.

- 87.Релаксация диафрагмы: клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы пластики диафрагмы.
- 88.Рентгенодиагностика инородных тел пищевода, варикозного расширения вен пищевода, послеожогового сужения пищевода.
- 89.Синдром Бурхаве.
- 90.Синдром дисфагии.
- 91.Скользящая (аксиальная) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- 92.Скользящие грыжи. Этиология, клиники, диагностика, лечение.
- 93.Тактика хирургов при повреждениях пищевода.
- 94.Тимома (этиология, клиника, диагностика, лечение).
- 95.Травматические диафрагмальные грыжи.
- 96.Халазия кардии.
- 97.Химические ожоги пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.
- 98.Химические ожоги пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.
- 99.Хронический медиастинит (этиология, клиника, лечение).
- 100.Целомическая киста перикарда (этиология клиника, диагностика, лечение).
- 101.Эзофагоспазм пищевода. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению, методы операций.
- 102.Эзофагоспазм пищевода. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению, методы операций.
- 103.Эмфизема средостения (этиология, клиника, лечение).
- 104.Абсцессы селезенки.
- 105.Болезни оперированного желудка. Гипогликемический синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 106.Болезни оперированного желудка. Демпин-синдром: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 107.Болезни оперированного желудка. Пептическая язва анастомоза: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 108.Болезни оперированного желудка. Рак культи желудка: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 109.Болезни оперированного желудка. Синдром приводящей петли: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 110.Болезнь Верльгофа (тромбоцитопеническая пурпура): этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 111.Болезнь оперированного желудка: Рак культи желудка. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 112.Болезнь оперированного желудка: синдром приводящей петли. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 113.Двухфазный разрыв печени, селезенки (клиника, диагностика, лечение).

- 114.Доброкачественные опухоли и предопухолевые заболевания желудка. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Тактика лечения.
- 115.Кисты селезенки.
- 116.Повреждение селезенки: этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 117.Повреждения селезенки (клиника, диагностика и лечение).
- 118.Повреждения селезенки: диагностика, лечение. Спленоз.
- 119.Повреждения селезенки: этиология, клиника.
- 120.Повреждения, инфаркт селезенки, кисты селезенки. Клиника, диагностика, лечение.
- 121.Рак желудка. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию рака желудка. Классификация. Клиника, диагностика. Пути метастазирования. Лечение. Прогноз.
- 122.Рак желудка. Классификация, гистологические формы. Клиническая картина. Методы диагностики. Тактика лечения.
- 123.Ранние осложнения после резекции желудка. Лечение, профилактика.
- 124.Ранние осложнения после резекции желудка. Причины, клиника.
- 125.Спленомегалия и гиперспленизм.
- 126.Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Методы резекции желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2. Показания и техника.
- 127.Осложнения аппендицита. Аппендикулярный абсцесс. Клиника, диагностика и лечение.
- 128.Осложнения аппендицита. Тазовый и межпетлевой абсцесс. Клиника, диагностика и лечение.
- 129.Осложнения острого аппендицита: классификация, патогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.
- 130.Осложнения острого аппендицита: классификация, патогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.
- 131.Острый аппендицит у беременных: дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
- 132.Острый аппендицит у детей: этиология, особенности патогенеза, клиника, диагностика, особенности течения у детей до 3-х лет. Особенности хирургического лечения.
- 133.Острый аппендицит: клиническая картина в зависимости от локализации червеобразного отростка. Диагностика.
- 134.Острый аппендицит: этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
- 135.Пилефлебит. Определение. Клиника, диагностика и лечение.
- 136.Вопросы этиопатогенеза и особенностей формирования ректовагинальных свищей.
- 137.Клинические проявления и классификация ректовагинальных свищей.
- 138.Методы инструментальной диагностики ректовагинального свища.
- 139.Методы хирургического лечения ректовагинальных свищей.
- 140.Особенности ведения послеоперационного периода у больных перенесших операционные вмешательства по поводу ректовагинального свища.
- 141.Повреждение и инородные тела толстой кишки.
- 142.Наиболее частые механизмы травмы толстой кишки.
- 143.Методы инструментальной диагностики повреждений толстой кишки.

144. Хирургическое лечение повреждений толстой кишки, показания к наложению колостомы.
145. Диагностическая тактика хирурга при выявлении инородного тела толстой кишки.
146. Способы удаления инородных тел при повреждениях толстой кишки.
147. Классификация повреждений толстой кишки.
148. Клиника. Диагностика инородных тел при повреждениях толстой кишки.
149. Этиология, патогенез синдрома раздраженной толстой кишки.
150. Клиника синдрома раздраженной толстой кишки.
151. Диагностика и лечение синдрома раздраженной толстой кишки.
152. Актуальность проблемы болезни Гиршпрунга.
153. Этиология и патогенез болезни Гиршпрунга.
154. Клиника и диагностика болезни Гиршпрунга.
155. Методы оперативного лечения болезни Гиршпрунга.
156. Механизмы формирования дивертикулярной болезни толстой кишки.
157. Клиническое течение дивертикулярной болезни толстой кишки.
158. Диагностика неосложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки.
159. Методы инструментальной диагностики осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки.
160. Хирургическое лечение дивертикулярной болезни толстой кишки, показания к наложению колостомы.
161. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита.
162. Клиническое течение неспецифического язвенного колита.
163. Диагностика неспецифического язвенного колита.
164. Дифференциальная диагностика неспецифического язвенного колита.
165. Осложнения неспецифического язвенного колита.
166. Диагностика осложнений неспецифического язвенного колита.
167. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита.
168. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита.
169. Отдаленные результаты хирургического лечения неспецифического язвенного колита.
170. Этиология, патогенез болезни Крона.
171. Патологическая анатомия и классификация болезни Крона.
172. Клиника: общие и местные симптомы болезни Крона.
173. Осложнения болезни Крона.
174. Диагностика неосложненной и осложненной болезни Крона.
175. Медикаментозное лечение болезни Крона.
176. Хирургическое лечение неосложненных форм болезни Крона.
177. Хирургическое лечение осложненной болезни Крона.
178. Послеоперационные осложнения у больных, перенесших операционное вмешательство по поводу болезни Крона.
179. Определение, этиология, патогенез ишемического колита.
180. Патологическая анатомия, клиника ишемического колита.
181. Диагностика и лечение ишемического колита.

182. Этиология, патогенез псевдомембранозного колита.
183. Патологическая анатомия, клиника псевдомембранозного колита.
184. Диагностика и лечение псевдомембранозного колита.
185. Альвеококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
186. Эхинококкоз печени: биология паразита, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
187. Эхинококкоз печени: биология паразита, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
188. Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска и предраковые
189. Алгоритм действия персонала при наличии потенциального донора.
190. Асцит. Методы консервативной и хирургической коррекции.
191. Виды реакции отторжения при трансплантации.
192. Возможности использования современных малоинвазивных технологий в лечении портальной гипертензии.
193. Вопросы общей трансплантологии. История трансплантации. Терминология и классификация. Юридические аспекты трансплантации. Иммуносупрессивная терапия
194. Вопросы органного донорства. Введение. Органные доноры. Техника изъятия донорских органов. Способы консервации донорских органов. Принципы распространения донорских органов. Трансплантационные аспекты смерти мозга. Социальные аспекты органного донорства.
195. Диагностика рака поджелудочной железы. Методы лечения.
196. заболевания. Клинические проявления рака. Методы диагностики и лечение.
197. Исторические этапы развития трансплантации.
198. Кисты поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения.
199. Классификация портальной гипертензии.
200. Классификация хронического панкреатита.
201. Клиническая картина портальной гипертензии.
202. Малоинвазивные вмешательства при очаговых поражениях печени
203. Методы диагностики портальной гипертензии.
204. Методы остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
205. Непаразитарные кисты печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение
206. Определение «понятия портальная гипертензия». Причины и патогенез возникновения портальной гипертензии.
207. Опухоль Клатцкина. Определение, классификация, клиника, диагностика и лечение.
208. Осложнения портальной гипертензии.
209. Осложнения трансплантации органов (причины, профилактика, лечения).
210. Основные группы оперативных вмешательств при портальной гипертензии.
211. Основные термины трансплантологии и виды трансплантации.
212. Острый панкреатит: определение, классификация. Комплексное лечение. Показания к хирургическому лечению.
213. Острый панкреатит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика.

214. Подпеченочная портальная гипертензия. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения, методы операций.
215. Показания к хирургическому лечению пациентов хроническим панкреатитом.
216. Понятие и порядок констатации смерти головного мозга.
217. Понятие трансплантационного иммунитета, патогенез развития иммунного ответа на трансплантант.
218. Портальная гипертензия. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения, методы операций.
219. Портальная гипертензия: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Хирургическое лечение. Методы операций.
220. Принципы хирургического лечения портальной гипертензии. Виды и методы шунтирующих операций.
221. Рак печени. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
222. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость, этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и прогноз.
223. Рак поджелудочной железы. Этиология. Факторы риска. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
224. Результаты трансплантации органов и тканей. Перспективы и направления развития трансплантологии.
225. Свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения.
226. Свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
227. Синдром Бадда-Киари. Клиника, диагностика, лечение.
228. Строение портальной сосудистой системы. Порто-системные анастомозы.
229. Трансплантация печени (показания, противопоказания, виды и этапы операции).
230. Трансплантация поджелудочной железы (общие сведения, показания к операции, виды операции).
231. Трансплантация почки (показания, противопоказания, принципы подбора доноров, виды и этапы операции).
232. Трансплантация сердца (показания, противопоказания, основные способы и этапы операции).
233. Условия и порядок проведения трансплантации.
234. Хронический панкреатит: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения.
235. Аномалии желчных протоков и желчного пузыря. Диагностика, лечение, прогноз.
236. Безболевая механическая желтуха (причины, диагностика, лечение).
237. Болезнь Кароли. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
238. Виды транспеченочных дренажей (показания к применению).
239. Вторичный склерозирующий холангит.
240. Дистальные стриктуры желчных протоков (клиника, диагностика, лечение).

241. Желчнокаменная болезнь. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Лечение (экстракорпоральная литотрипсия, медикаментозное растворение камней), показания к операции.
242. Желчнокаменной болезни. Причины развития. Клиника. Диагностика. Лечение.
243. Инструментальные методы обследования при механической желтухе.
244. Классификация постхолецистэктомического синдрома.
245. Методы обследования пациентов постхолецистэктомическим синдромом.
246. Методы обследования пациентов с механической желтухой.
247. Механическая желтуха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Методы операций.
248. Механическая желтуха: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Методы операций.
249. Наружные желчные свищи (причины, диагностика, лечение).
250. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков. Диагностика и лечение.
251. Осложнения желчнокаменной болезни. Холедохолитиаз. Показания к холедохотомии и методы завершения ее. Эндоскопическая папиллотомия.
252. Осложнения после холецистэктомии. Причины повторных операций на желчных путях. Виды дренирования желчных протоков.
253. Особенности диагностики и лечения стриктур желчных протоков.
254. Острый холангит.
255. Показания и способы наружного и внутреннего дренирования желчных протоков.
256. Показания к холедохотомии и способы ее завершения.
257. Показания к эндоскопическим вмешательствам при постхолецистэктомическом синдроме.
258. Постхолецистэктомический синдром: классификация, клиника, диагностика, лечение.
259. Причины окклюзий билиарной системы.
260. Реконструктивные и восстановительные операции на желчных путях у пациентов при постхолецистэктомическом синдроме.
261. Синдром Миризи (классификация, диагностика, лечение).
262. Способы интраоперационного обследования желчных протоков.
263. Стеноз большого дуоденального сосочка (диагностика, лечение).
264. Стриктура билиодигестивных анастомозов.
265. Тактика хирурга при повреждениях желчных протоков.
266. Хирургическая анатомия желчного пузыря и желчевыводящих протоков, патологоанатомическая классификация холециститов.
267. Хирургическая тактика при остром холецистите: показания к экстренной, срочной и ранней (отсроченной) операции.
268. Холангиты. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
269. Холедохолитиаз. Причины развития. Клиника и диагностика. Лечение. Показания к холедохотомии и методы завершения ее.
270. Хронический холецистит. Дифференциальная диагностика и лечение.

271. Хронический холецистит. Этиология, классификация, клиника, диагностика.

272. Эндоскопические вмешательства при механической желтухе.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:

ЗАДАЧА №1

Мужчина 65 лет с подтвержденным диагнозом дивертикулеза кишечника поступает в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезнен во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?

ЗАДАЧА №2

Через 6 ч. от начала лечения боли сохраняются, при пальпации в правом подреберье определяется резко болезненное дно желчного пузыря 4х6 см. Пульс 104/мин, температура тела 37,5 С. Анализ крови: количество лейкоцитов $12,5 \times 10^3/\text{л}$, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?

ЗАДАЧА № 3

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств

ЗАДАЧА №4

При перкуссии в правом подреберье определяется тимпанит, укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. На обзорной рентгенограмме под куполом диафрагмы – серповидное просветление – свободный газ.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №5

Женщина 25 лет поступает с жалобами на субфебрильную температуру, потерю массы тела, схваткообразную боль в левой подвздошной области, диарея с кровью, тенезмы. При колоноскопии выявлены изменения слизистой оболочки прямой кишки: гиперемия, зернистость и кровоточивость при минимальном механическом воздействии.

Ваш диагноз?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 6

Во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита обнаружена увеличенная поджелудочная железа плотной консистенции, расширенный до 2см холедох, а при операционной холангиографии – рубцовое сужение его дистального отдела. Тактика хирурга.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?

4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №7

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

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №8

Больной 51 года поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастриальной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, “шум плеска” натошак ниже уровня пупка. АД – 90/75 мм рт.ст. Положительный синдром Хвостека.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 9

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

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №10

Во время операции по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки обнаружена киста хвоста поджелудочной железы 7х 8см, интимно спаянная с корнем селезенки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 11

Через несколько месяцев после резекции желудка по Бильрот- 2, выполненной по поводу язвенной болезни, женщина 48 лет жалуется на учащенное сердцебиение, потливость, диарею и покраснение лица, появляющиеся через 30 мин. после еды. Поставьте диагноз?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного

3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 12

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 13

Мужчина 60 лет жалуется на боль и онемение в левой ноге, возникающие при ходьбе. После отдыха боль проходит. В течение нескольких лет страдает импотенцией. При осмотре выявлена атрофия мышц левой нижней конечности, нормальные рефлексы и шум над бедренной артерией.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 14

20-летняя женщина жалуется на боли внизу живота, больше справа, тошноту, слабость, головокружение, возникшие после физической нагрузки, за 6 ч до обращения. При осмотре обнаружена умеренная болезненность внизу живота; симптомы раздражения брюшины сомнительны; АД =95\65 мм рт ст, пульс=100 уд в 1 мин.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного

3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №15

Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела – 37,6 С.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 16

Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли в правом подреберье, которые возникли после приема жирной пищи. Приступ продолжался 12 ч, купирован спазмолитиком. Ранее больная считала себя здоровой. При УЗИ желчного пузыря обнаружен одиночный конкремент, диаметром 30 мм.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 17

25-летний пациент поступил в отделение неотложной хирургии через 20 мин. после автомобильной аварии с жалобами на боли в животе, слабость, тошноту, головокружение. При осмотре кожные покровы бледные, АД не определяется, пульс 130\мин; в левом подреберье - подкожное кровоизлияние от удара. Признаки черепно-мозговой травмы отсутствуют. Дыхание выслушивается с обеих сторон.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 18

Женщина 65 лет поступает в приемный покой с жалобами на схваткообразные боли, вздутие живота. В течение суток не отходили газы и не было стула. При обзорной рентгенографии живота выявлены вздутые петли тонкой кишки и чаши Клойбера.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 19

Больной перенес ваготомию в связи с незаживающей язвой 12-п. кишки. Через 6 месяцев после операции наступил рецидив язвенной болезни. При обследовании выявлен синдром Золлингера-Эллисона.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №20

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

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье

пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?
4. Выбор тактики хирургического лечения

ЗАДАЧА № 21

Мужчина 31 г. поступил в стационар с внезапно возникшей острой болью в эпигастральной области. На рентгенограмме - свободный газ в брюшной полости.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 22

У мужчины 65 лет внезапно возникла боль в животе, сопровождающаяся метеоризмом и диареей с кровью. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шумы кишечной перистальтики не выслушиваются. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Содержание амилазы в сыворотке крови увеличено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 23

У больного 60 лет в течение 2-х недель отмечается желтушность кожных покровов. В анамнезе - болей в животе не отмечалось. При УЗИ выявлено значительное расширение желчного пузыря.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 24

Во время эзофагоскопии у больного произошла перфорация пищевода. Рентгенография с контрастным веществом (барием) показала, что небольшое количество контраста затекает в левую плевральную полость.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 25

Мужчина 30 лет жалуется на сильные боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел остро, за 36 ч до госпитализации. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского. Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №26

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

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

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

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 27

Мужчина 55 лет поступил в приемный покой с обильной рвотой кровью. При осмотре выявлены растяжение брюшной стенки, смещаемая тупость в животе и телеангиоэктазии на лице и груди. Результаты ФГДС: быстрое накопление крови в дистальном отделе пищевода.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 28

У мальчика 10 мес., находящегося в стационаре, отмечается затрудненное отхождение стула и газов. В последние 3 месяца стул бывает только после клизмы. Аппетит снижен. Объективно: ребенок бледный, капризный, масса тела 8 кг. Живот увеличен в объеме, пальпируются расширенные петли кишок с каловыми камнями.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 29

В клинику детской хирургии доставлен 3-хдневный новорожденный. У ребенка отмечается рвота после кормления, слизистое отделяемое изо рта и носа. Объективно: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, в легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет; живот мягкий, безболезненный. Меконий был, газы отходят. При зондовом обследовании пищевода: кончик зонда выходит наружу. На Р-грамме - задержка контраста в 1-м физиологическом сужении и газы в кишечнике. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №30

Мужчина 43 лет заболел 3 месяца назад, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудание на 4 кг.

Рентгенологически в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7 см с изъязвлением, при эзофагоскопии на расстоянии 34 см от резцов – сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. Метастазов в отдаленных органах не выявлено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 31

В клинику поступил мальчик 6 мес. Со слов мамы, 3 ч назад ребенок стал беспокойный, отказывается от еды, плачет, стучит ножками. Была 2-кратная рвота, стул с примесью крови. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Легкие и сердце без особенностей. Живот мягкий, безболезненный, в правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 32

В хирургический стационар поступил мужчина 42 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой паховой области, боли. Со слов больного в течение 3-х лет страдает паховой грыжей, вправлял самостоятельно. При осмотре в левой паховой области имеется опухолевидное образование 4x8 см, болезненное при пальпации, невправимое в брюшную полость. Со слов больного, образование появилось 2 ч назад. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 33

Девочка 14 лет поступила из района: в тяжелом состоянии. Выраженная одышка, дыхание справа резко ослаблено, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания от левой. Перкуторно: над правым легким отмечается коробочный звук. Р-грамма прилагается. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 34

В хирургическую клинику поступила девочка 10 лет с жалобами на кашель с выделением густой мокроты, больше по утрам, общую слабость, недомогание. Объективно: отмечается одутловатость лица, изменения пальцев кисти в виде “барабанных палочек” и ногтей в виде “часовых стекол”. Перкуторно: над легкими притупление легочного звука. Аускультативно: в нижних отделах выслушиваются ослабленное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. Бронхограмма прилагается. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 35

Ребенок 9-ти мес. поступил с жалобами (со слов мамы), на тошноту, рвоту, учащенный жидкий стул, без патологических примесей, беспокойство, слабость, повышение температура тела до 38 град. Объективно: живот равномерно вздут, отмечается местное напряжение брюшной стенки больше справа, при пальпации правой половины живота ребенок отталкивает Вашу руку. В общем анализе крови содержание лейкоцитов 22 тыс. Поставьте диагноз?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №36

Женщина 45 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила около 6 мес. Назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее.

Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Status localis: образование с четкими краями, размером около 40x30 мм, занимает переднюю и отчасти правую боковую поверхность шеи. Его нижняя граница на 1 см не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно образование мягкое, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 37

Мальчик в возрасте 7 лет поступил с жалобами на хронические запоры, периодические боли в животе, общую слабость, недомогание. Объективно: живот увеличен в объеме, болезнен по ходу толстой кишки; пальпируются каловые камни, положительный симптом “ глины”. В анализе крови – анемия; на ЭКГ – нарушение обменных процессов миокарда на фоне каловой интоксикации. Ирригограмма прилагается.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 38

Мужчина в возрасте 35 лет поступил с жалобами на наличие свища в параректальной области. Ранее, 6 мес. назад, лечился по поводу острого парапроктита. Локально: в параректальной области на 3-х часах имеется свищ с гнойным отделяемым без признаков воспаления.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 39

Ребенок в возрасте 2-х лет поступил с жалобами на периодическую рвоту после еды, возникающую внезапно, без предшествующей тошноты. В рвотных массах содержится неизменная пища без признаков желудочного содержимого. Ребенок пониженного питания, живот при пальпации мягкий, безболезненный. При эзофагоскопии обнаружен расширенный пищевод.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 40

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после окончания операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость. При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, А./Д 100/60 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Температура тела 38,2 град. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах; положительные симптомы раздражения брюшины. Перистальтика кишечника не выслушивается. Газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №41

Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохарканье. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 42

Больной выполнена операция: тотально удалена правая доля щитовидной железы вместе с перешейком, а также переднемедиальный отдел левой доли. На второй день после вмешательства пациентка отмечает онемение губ и появление чувства «ползанья мурашек» в кончиках пальцев.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 43

В клинику поступил мужчина с жалобами на наличие инфильтрата в параректальной области, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: в параректальной области на 7-ми часах определяется инфильтрат 3х3 см, кожа над ним гиперемирована, резко болезненна, в центре определяется флюктуация. Поставьте диагноз? Тактика хирурга?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 44

В клинику поступил мужчина с жалобами на наличие инфильтрата в параректальной области, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: в параректальной области на 7-ми часах определяется инфильтрат 3х3 см, кожа над ним гиперемирована, резко болезненна, в центре определяется флюктуация.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №45

На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8 С. Ваш диагноз?

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?

4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА №46

Мужчина 30 лет жалуется на сильные боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Заболел остро, за 36 ч до госпитализации. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выбор тактики обследования данного больного
3. План дополнительного обследования больного?
4. Выбор тактики хирургического лечения. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств.

2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию

1. [Т017776] В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ
А) эластометрия
Б) ультразвуковое исследование В) рентгенография
Г) ирригоскопия
2. [Т017777] ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
А) печёночная недостаточность Б) кровохарканье
В) нарушение атриовентрикулярной проводимости Г) гипертонический криз
3. [Т017778] НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЮТ
А) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина
Б) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
В) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена
Г) увеличение амилазы, общего белка, креатинина
4. [Т017779] ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ
А) кожный зуд
Б) спленомегалия В) асцит
Г) гепатомегалия
5. [Т017811] АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ОБУСЛОВЛЕНА
А) повышением секреции катехоламинов
Б) повышением секреции ренина
В) избыточной секрецией минералокортикоидов
Г) повышением образования ангиотензина
6. [Т011672] НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ____ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА
А) аденоматозные

Б) гиперпластические В)
гиперплазиогенные Г)
ювенильные

7. [T011673] ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОЗА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ %

- А) 50
- Б) 60
- В) 25
- Г) 1

8. [T011674] ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ ___%

- А) 10
- Б) 15
- В) 20
- Г) 30

9. [T011686] НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ НАЛИЧИИ

- А) ворсинчатого полипа
- Б) запоров
- В) геморроя
- Г) болезни Крона

10. [T023233] ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ

- А) однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
- Б) однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- В) двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- Г) двуслойной гипоехогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

11. [T023281] НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМОМ ПРИ ДИФФУЗНОМ ЭЗОФАГОСПАЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) боль за грудиной Б)
одинофагия
- В) дисфагия
- Г) регургитация

12. [T024765] ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) антагонист альдостерона Б)
антагонист кальция
- В) антагонист рецепторов 1 типа к ангиотензину II
- Г) бета-адреноблокатор
- Г) 1000 мкг витамина В12 1 раз в полгода

13. [T024824] ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО

- А) преобладание АЛТ над АСТ
- Б) преобладание АСТ над АЛТ
- В) изолированное повышение АЛТ
- Г) изолированное повышение АСТ

14. [T024833] ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

ПИЩЕВОДА

- А) с увеличением селезенки Б) с уменьшением селезенки
- В) с эхонеоднородностью селезенки
- Г) со снижением эхоплотности селезенки

15. [T024835] ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А) кальцинатов в головке поджелудочной железы
- Б) повышенной активности эластазы в кале
- В) пониженной активности диастазы мочи Г) большого количества жира в кале

16. [T024838] ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

- А) эластазы кала Б) липазы кала
- В) эластазы крови Г) липазы крови

17. [T024866] К ВНЕКИШЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСЯТ

- А) узловатую эритему Б) межкишечные свищи
- В) панкреатогенный сахарный диабет
- Г) генерализованный эрозивный псориаз

18. [T024871] ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) альфафетопротеина
- Б) прокальцитонина
- В) гамма-глобулина
- Г) бетафитостерина

19. [T025367] ФЕОХРОМОЦИТОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ

- А) мозгового слоя надпочечников с гиперпродукцией катехоламинов

20. Б) гипофиза с гиперсекрецией АКТГ

- В) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией альдостерона
- Г) коркового слоя надпочечников с гиперпродукцией кортизола

21. [T025368] ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ГИПЕРТОНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) аортальной недостаточности
- Б) аортального стеноза
- В) митральной недостаточности
- Г) митрального стеноза

22. [T025374] У ПАЦИЕНТКИ С АГ ПРИ РАЗНИЦЕ АД НА ЛЕВОЙ И ПРАВОЙ РУКАХ В 20 ММ РТ.СТ. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- А) болезнь Такаясу
- Б) болезнь Кушинга
- В) атеросклеротическое поражение плечевой артерии
- Г) болезнь Аддисона

23. [T025622] ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА

- А) тремор рук и век, потливость, снижение веса, сердцебиение

- Б) утолщение пальцев рук, увеличение нижней челюсти, увеличение размера стопы
- В) гиперемия лица, истончение кожи, отложение жира в области живота, багровые стрии
- Г) сухость кожи, выпадение волос, снижение температуры тела

24. [T025639] В ДИАГНОСТИКЕ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНАЛИЗ

- А) суточной мочи на метанефрин и норметанефрин
- Б) суточной мочи на ванилилминдальную кислоту (ВМК)
- В) крови на электролиты, активность ренина плазмы
- Г) крови на ренин и альдостерон с определением альдостерон-ренинового соотношения

25. [T025641] С ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА, ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

- А) левотироксина в заместительной дозе
- Б) левотироксина в супрессивной дозе
- В) калия иодида в терапевтической дозе
- Г) калия иодида в профилактической дозе

26. [T025644] НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тонкоигольная аспирационная биопсия
- Б) сцинтиграфия с радиоизотопами йода ¹³¹I
- В) ультразвуковое исследование
- Г) пальпаторное исследование

27. [T025699] ИНСУЛИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ _____ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- А) β-клетками
- Б) α-клетками
- В) δ-клетками
- Г) PP-клетками

28. [T025717] ПЕРВИЧНЫЙ МАНИФЕСТНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) повышением ТТГ и снижением Т4 свободного
- Б) повышением ТТГ и нормальным уровнем Т4 свободного
- В) повышением ТТГ и повышением Т4 свободного
- Г) снижением ТТГ и снижением Т4 свободного

29. [T025718] НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН

- А) составляет до 18 мл
- Б) составляет до 25 мл
- В) составляет до 20 мл
- Г) зависит от возраста

30. [T025719] УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНО

- А) при выявлении пальпируемого образования в проекции железы
- Б) всем пациентам старше 50 лет
- В) всем беременным женщинам, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита
- Г) всем детям, проживающим в регионе умеренного йодного дефицита

31. [T025722] ВИРУСНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) подострого тиреоидита
- Б) цитокин-индуцированного тиреоидита
- В) послеродового тиреоидита

Г) острого гнойного тиреоидита

32. [T025723] СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ 2001 Г., ЗОБ 2 СТЕПЕНИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ

А) увеличенная щитовидная железа видна при нормальном положении шеи

Б) объем каждой доли не превышает размер дистальной фаланги большого пальца кисти обследуемого

В) щитовидная железа не видна при нормальном положении шеи, но в одной из долей пальпируется узловое образование диаметром около 1 см

Г) в щитовидной железе нормального объема по данным УЗИ выявляются множественные узловые образования

33. [T025724] АНТИТЕЛА К РЕЦЕПТОРУ ТТГ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ

А) болезни Грейвса-Базедова

Б) хронического аутоиммунного тиреоидита

В) послеродового тиреоидита

Г) цитокин-индуцированного тиреоидита

34. [T025901] ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРЕДНАГРУЗКИ НА СЕРДЦЕ МОЖЕТ БЫТЬ

А) недостаточность митрального клапана

Б) стеноз устья аорты

В) артериальная гипертензия

Г) гипертрофическая кардиомиопатия

35. [T025903] УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

А) расширении восходящей части аорты

Б) расширении полости левого желудочка

В) стенозе митрального клапана

Г) легочной гипертензии

36. [T025906] НА ВЕРХУШКУ СЕРДЦА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ_КЛАПАНА

А) митрального

Б) аортального

В) легочной артерии

Г) трикуспидального

37. [T025913] НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ_СТВОРОК

А) трех

Б) двух

В) четырех

Г) от трех до пяти

38. [T025914] НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ_____КВ.СМ

А) 4-6

Б) 2-4

В) 6-8

Г) 3-5

39. [T025915] ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ

- А) недостаточности аортального клапана Б) стеноза устья аорты
- В) недостаточности митрального клапана Г) стеноза митрального клапана

40. [T025919] К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ИНФАРКТА МИОКАРДА ОТНОСИТСЯ

- А) аневризма левого желудочка
- Б) разрыв стенки левого желудочка
- В) кардиогенный шок
- Г) фибрилляция желудочков

41. [T025944] РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ТРЕБУЕТ НЕОТЛОЖНОГО

- А) хирургического вмешательства
- Б) тромболизиса
- В) МРТ-исследования
- Г) антибактериального лечения

42. [T026100] НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ КРОНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кишечная непроходимость
- Б) кровотечение
- В) повышенный риск малигнизации
- Г) развитие токсического мегаколона

43. [T027086] РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В _____ ЛИМФОУЗЛЫ

- А) надключичные
- Б) подмышечные
- В) заднешейные
- Г) подчелюстные

44. [T027094] СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС НАБЛЮДАЕТСЯ ЧАЩЕ В ВОЗРАСТЕ _____ ЛЕТ

- А) 30-40
- Б) 0-18
- В) 18- 30
- Г) 40-60

45. [T027095] НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) боль в груди
- Б) сухой кашель
- В) сосудистый коллапс
- Г) легочное кровотечение

46. [T027096] ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) отставание при дыхании
- Б) уменьшение в объеме
- В) притупление перкуторного звука
- Г) усиление голосового дрожания

47. [T027097] ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ АУСКУЛЬТАТИВНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) ослабленное дыхание Б) бронхиальное дыхание В) усиление бронхофонии Г) шум трения плевры

48. [T027098] ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медиастинальная эмфизема
- Б) викарная эмфизема
- В) воздушная эмболия
- Г) легочное кровотечение

49. [T027122] БОЛЬНОЙ ВЫДЕЛЯЕТ МОКРОТУ ПО УТРАМ ПОЛНЫМ РТОМ ПРИ

- А) бронхоэктатической болезни
- Б) бронхиальной астме
- В) крупозной пневмонии Г) экссудативном плеврите

50. [T027123] КРОВОХАРКАНИЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ

- А) абсцессе легкого
- Б) бронхиальной астме
- В) муковисцидозе
- Г) экссудативном плеврите

51. [T027124] ПРОКОЛ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- А) по верхнему краю ребра
- Б) по нижнему краю ребра
- В) на середине расстояния между ребрами
- Г) между ребрами

52. [T027126] КРОВЬ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ

- А) алая, пенистая
- Б) темная, со сгустками В) темная, пенистая
- Г) цвета кофейной гущи

53. [T027132] ГИДРОТОРАКС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

- А) кссудата
- Б) крови
- В) гноя
- Г) лимфы

54. [T031315] ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение частоты рецидивов язвенной болезни Б) снижение секреции соляной кислоты
- В) уменьшение выраженности болевого синдрома Г) уменьшение риска прободения язвы

55. [T031318] ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH, НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А) количества тромбоцитов Б) наличия асцита
- В) стадии печеночной энцефалопатии Г) протромбинового времени/индекс

56. [T031320] МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ

ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ММ

- А) 2
- Б) 5
- В) 4
- Г) 3

57. [Т031321] ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ _____ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР

- А) микроструктуру (морфологическое строение) Б) макроструктуру
- В) топографо-анатомические взаимоотношения
- Г) макроструктуру и топографо-анатомические взаимоотношения

58. [Т031323] ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖКТ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) полипоз
- Б) перфорация В) холелитиаз
- Г) внутрикишечная обструкция

59. [Т031327] ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- А) регистрации жидких и газовых рефлюксов, основанным на измерении сопротивления, которое оказывает переменному электрическому току содержимое, попадающее в просвет пищевода
- Б) рентгенологического исследования пищевода с барием
- В) измерения давления покоя и оценки расслабления нижнего пищеводного сфинктера в процессе глотания небольшого количества воды
- Г) спектрофотометрии рефлюксата

60. [Т031328] КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ

- А) аденокарциномы пищевода
- Б) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода В) плоскоклеточного рака пищевода
- Г) лейкоплакии пищевода

61. [Т031329] ПИЩЕВОД БАРРЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МЕТАПЛАЗИЕЙ

- А) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия кишечного типа
- Б) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами кардиального типа
- В) многослойного плоского неороговевающего эпителия пищевода с развитием цилиндрического эпителия с железами фундального (желудочного) типов
- Г) эпителия желудка по кишечному типу

62. [Т031331] РИСК АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ МАКСИМАЛЬНЫМ ПРИ

- А) кишечной метаплазии эпителия пищевода с дисплазией высокой степени
- Б) эозинофильной инфильтрации пищевода с обнаружением более 15 эозинофилов в поле зрения В) цилиндрической метаплазии с железами фундального типа
- Г) цилиндрической метаплазии с железами кардиального типа

63. [Т031332] ДИВЕРТИКУЛОМ ЦЕНКЕРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ДИВЕРТИКУЛ

- А) глоточно-пищеводный
- Б) эпибронхиальный

- В) бифуркационный
- Г) эпифренальный

64. [Т038589] К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

- А) открытый артериальный проток
- Б) открытое овальное окно
- В) аневризма межпредсердной перегородки
- Г) сеть Хиари

65. [Т039294] КРОВОСНАБЖЕНИЕ МИОКАРДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ

- А) диастолы
- Б) систолы
- В) систолы и диастолы
- Г) пресистолы

66. [Т001162] БОЛЬНОМУ С ОКРУГЛЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ЛЕГКОМ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- А) биопсию легкого
- Б) гормональную терапию
- В) динамическое наблюдение
- Г) противотуберкулезную терапию

67. [Т001191] ДИАГНОЗ «СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ» СТАВЯТ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А) язвенного дефекта подошвы стопы и сенсорно-моторной нейропатии
- Б) сухости кожных покровов стоп
- В) выраженной деформации пальцев
- Г) снижения чувствительности в области стоп

68. [Т001205] ДЛЯ МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

- А) Т3 – повышен; Т4 – повышен; ТТГ – снижен
- Б) Т3 – в норме; Т4 – в норме; ТТГ – снижен
- В) Т3 – повышен; Т4 – в норме; ТТГ – в норме
- Г) Т3 – в норме; Т4 – снижен; ТТГ – повышен

69. [Т001206] ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО МАНИФЕСТНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ И ТТГ

- А) Т4 – снижен; ТТГ – повышен
- Б) Т4 – снижен; ТТГ – в норме
- В) Т4 – снижен; ТТГ – снижен
- Г) Т4 – в норме; ТТГ – повышен