

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 02.06.2025 15:43:00
Уникальный программный ключ:
с255aa436a6dccbd528274f148f88fe589ab4264

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра хирургии имени проф. В.М. Богославского
Кафедра хирургии и эндоскопии
Кафедра детской хирургии и анестезиологии**

**«Утверждено»
на заседании кафедры хирургии имени
проф. В.М. Богославского
« 30 » августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.мед.н., доц. И.Н. Шаповалов**

**«Утверждено»
на заседании кафедры хирургии и эндоскопии
« 30 » августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.мед.н., доц. А.А.Васильев**

**«Утверждено»
на заседании кафедры детской хирургии
и анестезиологии
« 30 » августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
к.мед.н., доц. А.В.Щербинин**

Фонд оценочных средств по дисциплине

ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.	ОПК-2.2.2. Умеет назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе онкологических, проводить подбор и назначение лекарственных препаратов и немедикаментозных методов для профилактики наиболее распространенных заболеваний.	T1 ОПК-2.2.2. T2 ОПК-2.2.2.	C1 ОПК-2.2.2.
	ОПК-4.1.1. Знает: топографическую анатомию, этиологию и патогенез, и клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи; возрастные, гендерные и этнические особенности протекания патологических процессов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T3 ОПК-4.1.1 T4 ОПК-4.1.1	C2 ОПК-4.1.1
	ОПК-4.1.2. Знает: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.	T5 ОПК-4.1.2 T6 ОПК-4.1.2	C3 ОПК-4.1.2
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.	ОПК-4.2.1. Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития забо-	T7 ОПК-4.2.1 T8 ОПК-4.2.1	C4 ОПК-4.2.1

	леваний; применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых; проводить онкоскрининг.		
	ОПК-4.2.2. Умеет: интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи	T9 ОПК-4.2.2 T10 ОПК-4.2.2	C5 ОПК-4.2.2
	ОПК-4.2.3. Умеет: направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования, консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	T11 ОПК-4.2.3 T12 ОПК-4.2.3	C6 ОПК-4.2.3
	ОПК-4.2.4. Умеет: интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме	T13 ОПК-4.2.4 T14 ОПК-4.2.4	C7 ОПК-4.2.4
	ОПК-4.3.1. Владеет навыком: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний	T15 ОПК-4.3.1 T16 ОПК-4.3.1	C8 ОПК-4.3.1
	ОПК-4.3.2. Владеет навыком: формулирования предвари-	T17 ОПК-4.3.2	C9 ОПК-4.3.2

	тельного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); применения медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи	T18 ОПК-4.3.2	
	ОПК-4.3.3. Владеет навыком: проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T19 ОПК-4.3.3 T20 ОПК-4.3.3	C10 ОПК-4.3.2
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	T21 ОПК-5.2.1. T22 ОПК-5.2.1.	C11 ОПК-5.2.1.
	ОПК-5.3.1. Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.	T23 ОПК-5.3.1. T24 ОПК-5.3.1.	C12 ОПК-5.3.1.
ОПК-6. Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-	ОПК-6.1.1. Знает принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания	T25 ОПК-6.1.1 T26 ОПК-6.1.1	C13 ОПК-6.1.1

санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи		
	ОПК-6.1.2. Знает клинические признаки основных неотложных состояний	T27 ОПК-6.1.2 T28 ОПК-6.1.2	C14 ОПК-6.1.2
	ОПК-6.2.1. Умеет распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	T29 ОПК-6.2.1 T30 ОПК-6.2.1	C15 ОПК-6.2.1
	ОПК-6.2.4. Умеет: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; пользоваться средствами индивидуальной защиты	T31 ОПК-6.2.4 T32 ОПК-6.2.4	C16 ОПК-6.2.4
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.1.1. Знает методы медикаментозного и не медикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях	T33 ОПК-7.1.1 T34 ОПК-7.1.1	C17 ОПК-7.1.1
	ОПК-7.1.3. Знает особенности оказания медицинской помощи в неотложных ситуациях.	T35 ОПК-7.1.3 T36 ОПК-7.1.3	C18 ОПК-7.1.3
	ОПК-7.2.1. Умеет определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.	T37 ОПК-7.2.1 T38 ОПК-7.2.1	C19 ОПК-7.2.1
	ОПК-7.2.2. Умеет контролировать эффективность и безопасность немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.	T39 ОПК-7.2.2 T40 ОПК-7.2.2	C20 ОПК-7.2.2
	ОПК-7.2.3. Умеет корректировать тактику лечения с учетом полученной информации о состоянии здоровья и эффектив-	T41 ОПК-7.2.2 T42 ОПК-7.2.2	C21 ОПК-7.2.2

	ности лечения.		
	ОПК-7.3.1. Владеет навыком разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	T43 ОПК-7.3.1 T44 ОПК-7.3.1	C22 ОПК-7.3.1
Профессиональные компетенции (ОПК)			
ПК-1. Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).	ПК-1.1.1. Знает перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов.	T45 ПК-1.1.1 T46 ПК-1.1.1	C23 ПК-1.1.1
	ПК-1.1.2. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов.	T47 ПК-1.1.2 T48 ПК-1.1.2	C24 ПК-1.1.2
	ПК-1.1.3. Знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей).	T49 ПК-1.1.3 T50 ПК-1.1.3	C25 ПК-1.1.3
	ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	T51 ПК-1.1.3 T52 ПК-1.1.3	C26 ПК-1.1.3
	ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T53 ПК-1.2.1 T54 ПК-1.2.1	C27 ПК-1.2.1
	ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме.	T55 ПК-1.2.2 T56 ПК-1.2.2	C28 ПК-1.2.2
	ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.	T57 ПК-1.3.1 T58 ПК-1.3.1	C29 ПК-1.3.1
	ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.	T59 ПК-1.3.2 T60 ПК-1.3.2	C30 ПК-1.3.2
	ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых	T61 ПК-1.3.3 T62 ПК-1.3.3	C31 ПК-1.3.3

	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.		
	ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	T63 ПК-1.3.4 T64 ПК-1.3.4	C32 ПК-1.3.4
	ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания).	T65 ПК-1.3.5 T66 ПК-1.3.5	C33 ПК-1.3.5
	ПК-1.3.6. Владеет навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.	T67 ПК-1.3.6 T68 ПК-1.3.6	C34 ПК-1.3.6
ПК-2 Способен проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-2.1.4. Знает порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи.	T69 ПК-2.1.4. T70 ПК-2.1.4.	C35 ПК-2.1.4.
	ПК-2.1.6. Знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов.	T71 ПК-2.1.6 T72 ПК-2.1.6	C36 ПК-2.1.6
	ПК-2.1.7. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов.	T73 ПК-2.1.7. T74 ПК-2.1.7.	C37 ПК-2.1.7.
	ПК-2.2.2. Умеет проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты.	T75 ПК-2.2.2. T76 ПК-2.2.2.	C38 ПК-2.2.2.
	ПК-2.2.3. Умеет обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента.	T77 ПК-2.2.3. T78 ПК-2.2.3.	C39 ПК-2.2.3.
	ПК-2.2.4. Умеет обосновывать необходимость и объем ин-	T79 ПК-2.2.4.	C40 ПК-2.2.4.

	струментального обследования пациента.	T80 ПК-2.2.4.	
	ПК-2.2.5. Умеет обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам.	T81 ПК-2.2.5. T82 ПК-2.2.5.	C41 ПК-2.2.5.
	ПК-2.2.6. Умеет анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований.	T83 ПК-2.2.6. T84 ПК-2.2.6.	C42 ПК-2.2.6.
	ПК-2.2.7. Умеет интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.	T85 ПК-2.2.7. T87 ПК-2.2.7.	C43 ПК-2.2.7.
	ПК-2.2.8. Умеет интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента.	T87 ПК-2.2.8. T88 ПК-2.2.8.	C44 ПК-2.2.8.
	ПК-2.2.9. Умеет интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента.	T89 ПК-2.2.9. T90 ПК-2.2.9.	C45 ПК-2.2.9.
	ПК-2.2.10. Умеет интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами.	T91 ПК-2.2.10. T92 ПК-2.2.10.	C410 ПК-2.2.10.
	ПК-2.2.11. Умеет осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов.	T93 ПК-2.2.11. T94 ПК-2.2.11.	C47 ПК-2.2.11.
	ПК-2.2.12. Умеет проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний.	T95 ПК-2.2.12. T912 ПК-2.2.12.	C48 ПК-2.2.12.
	ПК-2.2.13. Умеет определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий.	T97 ПК-2.2.13. T98 ПК-2.2.13.	C49 ПК-2.2.13.
	ПК-2.2.14. Умеет определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.	T99 ПК-2.2.14. T100 ПК-2.2.14.	C50 ПК-2.2.14.
	ПК-2.2.15. Умеет применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T101 ПК-2.2.15. T102 ПК-2.2.15.	C51 ПК-2.2.15.
	ПК-2.3.1. Владеет навыком сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента.	T103 ПК-2.3.1. T104 ПК-2.3.1.	C52 ПК-2.3.1.
	ПК-2.3.2. Владеет навыком проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия,	T105 ПК-2.3.2. T106 ПК-2.3.2.	C53 ПК-2.3.2.

	аускультация).		
	ПК-2.3.3. Владеет навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента.	T107 ПК-2.3.3. T108 ПК-2.3.3.	C54 ПК-2.3.3.
	ПК-2.3.8. Владеет навыком проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными.	T109 ПК-2.3.8. T110 ПК-2.3.8.	C55 ПК-2.3.8.
	ПК-2.3.9. Владеет навыком установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	T111 ПК-2.3.9. T112 ПК-2.3.9.	C56 ПК-2.3.9.
ПК-3. Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ПК-3.2.1. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T113 ПК-3.2.1. T114 ПК-3.2.1.	C57 ПК-3.2.1.
	ПК-3.2.2. Умеет назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T115 ПК-3.2.2. T116 ПК-3.2.2.	C58 ПК-3.2.2.
	ПК-3.2.3. Умеет назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T117 ПК-3.2.3. T118 ПК-3.2.3.	C59 ПК-3.2.3.
	ПК-3.2.4. Умеет оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.	T119 ПК-3.2.4. T120 ПК-3.2.4.	C60 ПК-3.2.4.
	ПК-3.3.1. Владеет навыком разработки плана лечения забо-	T121 ПК-3.3.1.	C61 ПК-3.3.1.

	левания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T122 ПК-3.3.1.	
	ПК-3.3.2. Владеет навыком назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T123 ПК-3.3.2. T124 ПК-3.3.2.	C62 ПК-3.3.2.
	ПК-3.3.3. Владеет навыком назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T125 ПК-3.3.3. T126 ПК-3.3.3.	C63 ПК-3.3.3.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Тестовые задания

Т1 ОПК-2.2.2. ЖЕНЩИНАМ, У КОТОРЫХ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЯВЛЯЮТСЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ НА НОГАХ, РЕКОМЕНДОВАНО

- А. *Ношение эластических бинтов, радикальную флебэктомию в послеродовом периоде
- Б. Плановое оперативное лечение до родов
- В. Операция Троянова-Тренделенбурга до родов, радикальная флебэктомию после родов
- Г. Лечение неспецифическими противовоспалительными препаратами (бутадион, троксевазин, эскузан)

Т2 ОПК-2.2.2. БОЛЬ В МЫШЦАХ ОБЕИХ БЕДЕР НА ДИСТАНЦИИ ДО 20 МЕТРОВ, БОЛЬ ИНТЕНСИВНОГО ХАРАКТЕРА В ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ СУТОК, ИМПОТЕНЦИЯ, НЕКРОЗЫ НА СТОПЕ, ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСАЦИИ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – ВСЕ ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ

- А. *Синдром Лериша
- Б. Облитерирующий тромбангиит
- В. Нейротрофические язвы обеих стоп
- Г. Синдром Марфана

Т3 ОПК-4.1.1. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Слабость апоневроза наружной косой мышцы живота
- Б. Повышение внутрибрюшного давления
- В. Дисплазия соединительной ткани
- Г. *Незаращение влагалищного отростка брюшины

Т4 ОПК-4.1.1. ОСТРАЯ ФАЗА ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКУЮ ЧЕРЕЗ _____ НЕДЕЛЬ

- А. *4-6
- Б. 8-9
- В. 10-12
- Г. 15-18

Т5 ОПК-4.1.2. У БОЛЬНОГО С ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А. Анемия
- Б. Уменьшение СОЭ
- В. Лейкопения
- Г. *Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево

Т6 ОПК-4.1.2. ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Термометрия
- Б. Определение количества лейкоцитов в крови
- В. *Пальпация живота во время сна
- Г. Ректальное исследование

Т7 ОПК-4.2.1. СУХОСТЬ ЯЗЫКА, ВЗДУТИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЖИВОТА НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ, ЛИХОРАДКУ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ

БРЮШИНЫ И ПЕРКУТОРНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ТУПОСТИ УКАЗЫВАЮТ НА

- А. *Перфоративную язву.
- Б. Острый аппендицит.
- В. Острый панкреатит.
- Г. Мезентериальный тромбоз.

Т8 ОПК-4.2.1. НАХОЖДЕНИЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ 500 МЛ ВЫПОТА ТЕМНО-ВИШНЕВОГО ЦВЕТА, А В ОБЛАСТИ ЖЕЛУДОЧНО-ОБОДОЧНОЙ СВЯЗКИ – ИНФИЛЬТРАТ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВА БЕЛЕСОВАТЫХ БЛЯШЕК 1-3 ММ, ГОВОРIT ОБ

- А. *Остром панкреатите
- Б. Прикрытой перфорации язвы желудка
- В. Туберкулезе
- Г. Дивертикулите ободочной кишки

Т9 ОПК-4.2.2. КЛАССИЧЕСКОЙ ТРИАДОЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ РВОТА ФОНТАНОМ И

- А. *Симптом «песочных часов», пальпируемая опухоль в правом подреберье
- Б. Симптом «двух желудков», «ладьевидный живот»
- В. Вздутие живота, нарастающая желтуха
- Г. Положительная проба Элефанта, отсутствие мекония после рождения

Т10 ОПК-4.2.2. У БОЛЬНОГО Ч. 66 ЛЕТ, КОТОРЫЙ ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, ОТМЕТИЛ РЕЗКОЕ ИСТОЩЕНИЕ, БЛЕДНОСТЬ КОЖИ, СЛАБОСТЬ, ПОТЕРЮ АППЕТИТА, ОТВРАЩЕНИЕ К МЯСНОЙ ПИЩЕ, ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОБНАРУЖЕНА

- А. *Злокачественная опухоль желудка.
- Б. Острая язва желудка
- В. Доброкачественная опухоль желудка.
- Г. Глистная инвазия.

Т11 ОПК-4.2.3. ПЕРВИЧНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АБСЦЕСС ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Бронхоскопия
- Б. Компьютерная томография
- В. *Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки
- Г. Ангиография

Т12 ОПК-4.2.3. ДОСТОВЕРНЫМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гиперемия брюшины.
- Б. Отек большого сальника.
- В. Наличие крови в брюшной полости.
- Г. *Бляшки стеатонекроза на брюшине.

Т13 ОПК-4.2.4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ БУЛЛЫ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Воздушная полость округлой формы
- Б. Выраженная перифокальная инфильтрация
- В. Тонкая четко выраженная оболочка

Г. Уровень жидкости

T14 ОПК-4.2.4. РВОТА ЯВЛЯЕТСЯ НЕХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ТАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК

- А. *Перфоративная язва
- Б. Острый панкреатит
- В. Острый аппендицит
- Г. Острая кишечная непроходимость

T15 ОПК-4.3.1. ПРИ САРКОМЕ ЮИНГА ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В КОСТЯХ

- А. *Таза
- Б. Верхней конечности
- В. Нижней конечности
- Г. Черепа

T16 ОПК-4.3.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРКУТОРНО КОРОБОЧНОГО ЗВУКА В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЛЕГКИХ И ПРИТУПЛЕНИЕ В НИЖНИХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. Пневмоторакса
- Б. Пиоторакса
- Г. Гидроторакса
- Д. *Пиопневмоторакса

T17 ОПК-4.3.2. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- А. Обзорную рентгенографию брюшной полости
- Б. Пассаж бария по желудочно-кишечному тракту
- В. Ирригографию
- Г. *Рентгенографию по Вангенстину

T18 ОПК-4.3.2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЦЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Сонография с доплерографией
- Б. Скротальная термометрия
- В. Радиоизотопное сканирование
- Г. Флебграфия

T19 ОПК-4.3.3. ЕСЛИ В ПРЕДЕЛАХ СУТОК ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ СМЕНЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ ЕЕ ДО НОРМЫ, ТАКАЯ ТЕМПЕРАТУРА НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Ремитирующей
- Б. Гектической
- В. Извращённой
- Г. Неправильной

T20 ОПК-4.3.3. ОТСУТСТВИЕ КИШЕЧНЫХ ШУМОВ И ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ БРЮШНОЙ ЖИВОТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. *Гангрены кишечника
- Б. Перфоративной язвы
- В. Панкреонекроза
- Г. Почечной колики

T21 ОПК-5.2.1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Тело железы
- Б. Хвост железы
- В. *Головка железы
- Г. Вирсунгов проток

T22 ОПК-5.2.1. У БОЛЬНОГО С. 48 ЛЕТ КОТОРЫЙ 3 МЕСЯЦА НАЗАД ОТМЕТИЛ ПОЯВЛЕНИЕ ЖЕЛТУХИ, ПОХУДЕНИЕ НА 10 КГ, БЕЗБОЛЗНЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ

- А. *Рак поджелудочной железы
- Б. Рак печени
- В. Рак желудка
- Г. Обострение хронического панкреатита

T23 ОПК-5.3.1. НЕЗАЖИВАЮЩИЕ РАНЫ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ И НАЛИЧИЕ ПУЛЬСАЦИИ ТОЛЬКО В ПРОЕКЦИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ ГОВОРIT О ТОМ, ЧТО

- А. *Пациенту выполнено оперативное вмешательство на фоне облитерирующего атеросклероза
- Б. Произошло инфицирование послеоперационных ран
- В. Пациенту в данном случае не показано оперативное вмешательство, рекомендовано тугое эластическое бинтование
- Г. Необходима спазмолитическая терапия

T24 ОПК-5.3.1. У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ДВУСТОРОННИЙ СТЕНОЗ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ (СЛЕВА ДО 45% И СПРАВА ДО 65%), РЕКОМЕНДОВАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ АНГИОХИРУРГА И НЕВРОЛОГА, ЧТО ГОВОРIT О ТОМ, ЧТО ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВЫБРАНА

- А. *Правильно, стенозы внутренних сонных артерий являются не критическими, асимптомными
- Б. Неправильно, пациенту рекомендовано оперативное лечение левой внутренней сонной артерии
- В. Неправильно, пациенту рекомендовано оперативное лечение правой внутренней сонной артерии
- Г. Неправильно, пациенту рекомендовано одномоментное эндоваскулярное вмешательство на обеих внутренних сонных артериях

T25 ОПК-6.1.1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Острая задержка мочеиспускания
- Б. *Нарастающая паранефральная гематома
- В. Люмбалгия
- Г. Гематурия

T26 ОПК-6.1.1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМУ ПОЧКИ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАЧИНАЮТ С ПРОВЕДЕНИЯ

- А. *Сонографии
- Б. Экскреторной урографии
- В. Магнитно-резонансной томографии
- Г. Ангиографии

T27 ОПК-6.1.2. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Анурия
- Б. Пиурия
- В. Протеинурия
- Г. *Гематурия

T28 ОПК-6.1.2. К ПРИЗНАКАМ СКРЫТОГО ПЕРИОДА ЖКК ОТНОСЯТ

- А. *Мелькание «мушек» перед глазами
- Б. Острую боль в животе
- В. Кровавый кал
- Г. Тахикардию

T29 ОПК-6.2.1. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Цистоскопия
- Б. *Цистография
- В. Экскреторная урография
- Г. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

T30 ОПК-6.2.1. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ ЖИВОТА, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ «ВАНЬКИ-ВСТАНЬКИ» СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ

- А. *Внутрибрюшного кровотечения
- Б. Ушиба передней брюшной стенки
- В. Перфорации полого органа
- Г. Кишечной непроходимости

T31 ОПК-6.2.4. ПАЦИЕНТУ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В КОМПЛЕКС КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ДОБАВИТЬ _____ ПРЕПАРАТЫ.

- А. *Антибактериальные
- Б. Гормональные
- В. Иммуносупрессорные
- Г. Гемостатические

T32 ОПК-6.2.4. ПРИ ГЕМОТОРАКСЕ БЕЗ ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

- А. *Видеоторакоскопию с санацией
- Б. Торакотомию с санацией
- В. Плевральную пункцию
- Г. Бронхоскопию

T33 ОПК-7.1.1. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО МАСТИТА НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гиперемия кожи
- Б. Уплотнение железы
- В. Болезненность
- Г. *Флюктуация

T34 ОПК-7.1.1. ПРИ ФИМОЗЕ БЕЗ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ НЕ РАНЕЕ _____ -ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА РЕБЕНКА

- А. 2

- Б. 3
- В. *5
- Г. 8

Т35 ОПК-7.1.3. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ УРГЕНТНОЙ ФЭГДС ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Кровотечение в просвет ЖКТ
- Б. Разлитой перитонит
- В. Тяжелый некротический панкреатит
- Г. Обтурационная желтуха

Т36 ОПК-7.1.3. БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ «ТЯЖЕЛЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ» ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ В _____ ОТДЕЛЕНИИ.

- А. *Реанимационном
- Б. Хирургическом
- В. Неврологическом
- Г. Терапевтическом

Т37 ОПК-7.2.1. РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ

- А. *Хирургической декомпрессии
- Б. Антибактериальной терапии
- В. Физиотерапевтических процедур
- Г. Дезинтоксикационной терапии

Т38 ОПК-7.2.1. КОНСЕРВАТИВНОЕ РАСПРАВЛЕНИЕ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ДОПУСТИМО В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А. *18
- Б. 24
- В. 48
- Г. 72

Т39 ОПК-7.2.2. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПАЦИЕНТУ С ОЖОГОМ ТУЛОВИЩА, РУК И НОГ ПЛОЩАДЬЮ 38% НЕОБХОДИМО

- А. *Противошоковая инфузионная терапия
- Б. Первичная обработка ожоговых ран
- В. Введение гормональных препаратов
- Г. Введение 5000 ЕД гепарина

Т40 ОПК-7.2.2. БОЛЬНОМУ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НОГ, ОГРАНИЧЕНИЯМИ ДВИЖЕНИЙ В ПАЛЬЦАХ СТОПЫ И ОТСУТСТВИЕМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПУЛЬСАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО

- А. *Введение 10 000 ЕД гепарина
- Б. Введение спазмолитиков
- В. Введение болеутоляющих средств
- Г. Тугое бинтование ноги

Т41 ОПК-7.2.3. У ПАЦИЕНТОВ С ПРООПЕРИРОВАННОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Парентеральный
- Б. Энтеральный

- В. Наружное применение лекарственных средств
- Г. Введение с помощью лекарственных клизм

T42 ОПК-7.2.3. ПРИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖНО НЕ НАЗНАЧАТЬ ПАЦИЕНТУ

- А. *Антибиотики
- Б. Гепарин
- В. Спазмолитики
- Г. Тромболитики

T43 ОПК-7.3.1. ВЫБОР СПОСОБА И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ЗАВИСИТ ОТ

- А. Степени анестезиологического риска
- Б. Желания пациента
- В. Желания хирурга
- Г. Возраста больного

T44 ОПК-7.3.1. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Плотный аппендикулярный инфильтрат
- Б. Аппендикулярный абсцесс
- В. Невозможность исключить диагноз через 6-8 часов
- Г. Забрюшинная флегмона

T45 ПК-1.1.1. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ТОКСИЧЕСКОЙ АДЕНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМ ТАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК

- А. *Сцинтиграфия
- Б. Определение уровня антител к тиреопероксидазе
- В. Определение уровня тиреоглобулина
- Г. Определение уровня кальцитонина

T46 ПК-1.1.1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ИЛИ ПРИКРЫТЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ДИВЕРТИКУЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Компьютерная томография
- Б. Пассаж бария по желудочно-кишечному тракту
- В. Ректороманоскопия
- Г. УЗИ

T47 ПК-1.1.2. СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТА, ЖИДКИЙ СТУЛ, ЛЕЙКОЦИТОЗ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ МОГУТ ГОВОРИТЬ О ТАКОМ ДИАГНОЗЕ, КАК

- А. *Острое нарушение мезентериального кровообращения
- Б. Острая странгуляционная кишечная непроходимость
- В. Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты
- Г. Геморрагический панкреонекроз

T48 ПК-1.1.2. ПРИ ТАКИХ СИМПТОМАХ, КАК СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, МНОГОКРАТНАЯ РВОТА, СКУДНЫЙ ОДНОКРАТНЫЙ СТУЛ, БЕСПОКОЙСТВО, АССИМЕТРИЧНЫЙ, ВЗДУТЫЙ ЖИВОТ, НАЛИЧИЕ «ШУМА ПЛЕСКА», МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ

- А. *Заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость

- Б. Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты
- В. Гангренозный холецистит, возможно с перфорацией
- Г. Геморрагический панкреонекроз

Т49 ПК-1.1.3. ПРИ ЖАЛОБАХ НА БОЛИ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНУЮ КРОВОТОЧИВОСТЬ (КРОВЬ АЛАЯ) ПОСЛЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ, ЗАПОРЫ И СТУЛОБОЯЗНЬ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ

- А. *Трещину анального канала
- Б. Параректальный свищ
- В. Геморрой
- Г. Рак прямой кишки

Т50 ПК-1.1.3. ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, РВОТУ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ У БОЛЬНОГО

- А. *Острый аппендицит
- Б. Пищевая токсикоинфекция.
- В. Почечная колика справа.
- Г. Острый панкреатит

Т51 ПК-1.1.4. У БОЛЬНОЙ 42 ЛЕТ, КОТОРЫЙ ЖАЛУЕТСЯ НА ОСТРУЮ, ОПОЯСЫВАЮЩУЮ БОЛЬ В ПОДРЕБЕРЬЯХ, МНОГОКРАТНУЮ РВОТУ, НАЧАЛО БОЛЕЗНИ ОСТРО 6 ЧАСОВ НАЗАД ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЖИРНОЙ ПИЩИ, ПРАВИЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Острый аппендицит
- Б. *Острый панкреатит
- В. Острый холецистит
- Г. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки

Т52 ПК-1.1.4. У ПАЦИЕНТА 47 ЛЕТ С ВЫРАЖЕННОЙ БОЛЬЮ В ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА, ИРРАДИИРУЮЩЕЙ В СПИНУ, БЕЗ ВЫЯВЛЯЕМОЙ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОЙ АОРТЫ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ –

- А. Перфоративная язва желудка
- Б. Тромбоз мезентериальных сосудов
- В. *Острый панкреатит
- Г. Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты

Т53 ПК-1.2.1. СУХОСТЬ ЯЗЫКА, ВЗДУТИЕ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЖИВОТА НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ И ПЕРКУТОРНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ТУПОСТИ УКАЗЫВАЮТ НА

- А. *Разлитой перитонит, токсическую фазу.
- Б. Разлитой перитонит, реактивную фазу.
- В. Местный неотграниченный перитонит, реактивную фазу.
- Г. Местный неотграниченный перитонит, терминальную фазу.

Т54 ПК-1.2.1. У ПАЦИЕНТА С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ РАНЕЕ ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЯХ В ЛЕВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ, ЛИХОРАДКЕ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СИМПТОМАХ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ БУДЕТ ДИАГНОЗ

- А. *Перфорация дивертикула толстой кишки
- Б. Почечная колика слева

- В. Дивертикулит Меккеля
- Г. Мезентериальный тромбоз

T55 ПК-1.2.2. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРНО

- А. *Выявление свободного газа в брюшной полости и чаш Клойбера
- Б. Выявление язвы желудка.
- В. Выявление рентгенопозитивных конкрементов желчного пузыря
- Г. Выявление дивертикулов двенадцатиперстной кишки

T56 ПК-1.2.2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ПОЛОГО ОРГАНА НАЧИНАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НУЖНО С

- А. *Обзорной рентгенографии брюшной полости
- Б. УЗИ брюшной полости
- В. ФГДС
- Г. Диагностической лапароскопии

T57 ПК-1.3.1. ВТОРАЯ СТАДИЯ ПЕРИТОНИТА – СТАДИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА НАСТУПАЕТ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ СПУСТЯ

- А. *24 – 72 часа
- Б. 12 – 24 часа
- В. 24 – 36 часов
- Г. 72 часа и более

T58 ПК-1.3.1. ТРАВМА ЛЕГКОГО ИЛИ ГРУДНОЙ СТЕНКИ С ОДНОСТОРОННИМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ВЫЗЫВАЮЩАЯ НАРАСТАЮЩИЙ КОЛЛАПС ЛЕГКОГО НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Напряжённый пневмоторакс
- Б. Открытый пневмоторакс
- В. Закрытый пневмоторакс
- Г. Односторонний пневмоторакс

T59 ПК-1.3.2. БЕЗБОЛЕВАЯ, ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ЖЕЛТУХА НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

- А. *Онкологическим заболеванием печени
- Б. Острым калькулезным холециститом
- В. Острым отечным панкреатитом
- Г. Тубулярным стенозом холедоха

T60 ПК-1.3.2. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛИ ВСЛЕД ЗА НАЧАВШИМСЯ ЯЗВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИМПТОМА

- А. *Бергмана
- Б. Тейлора
- В. Мондора
- Г. Клекнера

T61 ПК-1.3.3. У ПАЦИЕНТА С ГРЫЖЕЙ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Отрицательный кашлевой толчок
- Б. Положительный кашлевой толчок
- В. Болезненность грыжевого выпячивания

Г. Невправимость грыжевого выпячивания

Т62 ПК-1.3.3. БОЛЬНОМУ С РАКОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ В АНАМНЕЗЕ, КОТОРЫЙ НЕ ОПРАВЛЯЕТСЯ 10 СУТОК, ЖИВОТ ВЗДУТ, БОЛЕЗНЕННЫЙ, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ШУМ «ПЛЕСКА» И «ПАДАЮЩЕЙ КАПЛИ», ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЕ ЗНАКИ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ, ПОКАЗАНА

- А. *Цекостомия
- Б. Гастростомия
- В. Очистительная клизма
- Г. Инфузионная терапия

Т63 ПК-1.3.4. СХВАТКООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. *Обструкции просвета полого органа
- Б. Острых воспалительных заболеваний органов
- В. Гепатита
- Г. Перфорации полого органа

Т64 ПК-1.3.4. ОЦЕНКУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАННО-СИСТЕМНОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ СЕПСИСЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПО КРИТЕРИЯМ ШКАЛЫ

- А. *SOFA
- Б. APACHE II
- В. SAPS
- Г. MODS

Т65 ПК-1.3.5. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА ПРИ УСЛОВИИ ПОЛНОЦЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ И АДЕКВАТНОЙ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ КИСЛОРОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Оптимизация транспорта кислорода
- Б. Нутритивная поддержка
- В. Иммунозаместительная терапия
- Г. Коррекция нарушений гемокоагуляции

Т66 ПК-1.3.5. ПРИ КРОВОПОТЕРЕ 10-15% ОЦК (500-700 МЛ) БОЛЬНОМУ ВНУТРИВЕННО ВВОДЯТ РАСТВОРЫ

- А. *Кристаллоидов
- Б. Кристаллоидов и коллоидов 3:1
- В. Эритроцитсодержащих 20%, свежзамороженной плазмы 30%
- Г. Инфузионные растворы не применяются

Т67 ПК-1.3.6. У БОЛЬНОГО С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДЛЯ СНЯТИЯ СПАЗМА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИМЕНЯЮТ

- А. *Дицетел
- Б. Орнитина аспартат
- В. Аллохол
- Г. Пентоксифиллин

Т68 ПК-1.3.6. ПРИ ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА ПО ЛАРРЕЮ ИГЛУ ВВОДЯТ В ТОЧКЕ

- А. *Соединения мечевидного отростка с хрящами левой реберной дуги
- Б. У вершины мечевидного отростка грудины
- В. У левого края грудины в районе IV-V межреберья
- Г. В V-VI межреберье на 2,5 см кнутри от абсолютной сердечной тупости

Т69 ПК-2.1.4. ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА С ПОМОЩЬЮ ТОЛСТОГО ЗОНДА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО, АБСОЛЮТНО БЕЗОПАСНО И НЕ ИМЕЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ В ПЕРВЫЕ

- А. *6 часов
- Б. 3 часа
- В. 9 часов
- Г. 12 часов

Т70 ПК-2.1.4. ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА В СЛУЧАЕ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ КАТЕГОРИЧЕСКОГО ОТКАЗА БОЛЬНОГО ПРОВОДИТСЯ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО МЕТОДУ

- А. *Тейлора
- Б. Гиппократы
- В. Трендленбурга
- Г. Мондора

Т71 ПК-2.1.6. ПУЗЫРЬКИ ГАЗА В ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ НА КТ, ЛИХОРАДКА, БОЛИ В ЖИВОТЕ И СПИНЕ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ФАТЕРОВОМ СОСКЕ УКАЗЫВАЮТ НА

- А. *Забрюшинную флегмону
- Б. Острый послеоперационный панкреатит
- В. Гнойный холангит
- Г. Дуоденит

Т72 ПК-2.1.6. НАЧАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ У БОЛЬНОЙ С ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Консервативная терапия тиреостатиками и бета-блокаторами
- Б. Тиреоидэктомия + радиойодтерапия
- В. Тиреоидэктомия
- Г. Радиойодтерапия

Т73 ПК-2.1.7. ДЛЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО ТАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, КАК

- А. *Перемежающаяся хромота
- Б. Экзема и дерматит
- В. Хроническая венозная недостаточность
- Г. Тромбоз вен

Т74 ПК-2.1.7. ДЛЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПЕРФОРАЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. * «Кинжальные» боли
- Б. Рвота «кофейной гущей»
- В. Частые позывы на стул
- Г. Мелена

Т75 ПК-2.2.2. ТЯНУЩИЕ БОЛИ В НАДЛОБКОВОЙ ОБЛАСТИ И УЧАЩЕННЫЕ ПОЗЫВЫ НА МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ГРЫЖИ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ ГОВОРЯТ О ТОМ, ЧТО ЭТО

- А. *Скользкая грыжа
- Б. Прямая паховая грыжа
- В. Бедренная грыжа
- Г. Косая паховая грыжа

Т76 ПК-2.2.2. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

- А. Оперативное
- Б. *Консервативное
- В. Колостомия
- Г. Илеостомия

Т77 ПК-2.2.3. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ МНОГОКРАТНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АМИЛАЗЫ В ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ВЫПОТЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. *Панкреатоабдоминального свища
- Б. Псевдотуморозного панкреатита
- В. Ретенционного панкреатита
- Г. Обострения панкреатита

Т78 ПК-2.2.3. ОТРИЦАТЕЛЬНУЮ ДИНАМИКУ ПРИ СЕПСИСЕ ОТРАЖАЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- А. *Прокальцитонина
- Б. Мочевины
- В. Билирубина
- Г. Гемоглобина

Т79 ПК-2.2.4. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЭТО

- А. *Ангиографическое исследование
- Б. Доплерография сосудов кишечника
- В. Лапароскопия
- Г. Компьютерная томография

Т80 ПК-2.2.4. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Обзорная рентгенография брюшной полости
- Б. Эндоскопическое исследование
- В. Компьютерная томография
- Г. Ультразвуковое исследование брюшной полости

Т81 ПК-2.2.5. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТКИ ВЫЯВЛЕНА ПРИМЕСЬ КРОВИ В КАЛЕ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ МЕСЯЦЕВ, ВРАЧ-ГИНЕКОЛОГ ДОЛЖЕН:

- А. Провести пальцевое исследование
- Б. *Направить к хирургу, проктологу или онкологу
- В. Назначить повторную консультацию через неделю
- Г. Произвести выскабливание и гистологическое исследование эндометрия

Т82 ПК-2.2.5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КОСВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКЕАТИТА ПРИ ГАСТОДУОДЕНОСКОПИИ – ЭТО

- А. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- Б. Утолщение складок желудка и двенадцатиперстной кишки
- В. *Отек и гиперемия задней стенки желудка
- Г. Кровоизлияния на передней стенке желудка

Т83 ПК-2.2.6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА–

- А. Свободный газ под левым куполом диафрагмы
- Б. Увеличение тени печени.

- В. *Расширение петли поперечной ободочной и начальной петли тощей кишок
- Г. Чаши Клойбера, "аркады" или "органные" трубы

Т84 ПК-2.2.6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА–

- А. Вздутие живота
- Б. *Боли в верхней половине живота
- В. Тошнота и рвота
- Г. Желтуха

Т85 ПК-2.2.7. В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ГЛАВЕНСТВУЮЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- А. *Аутоферментной агрессии
- Б. Венозному застою
- В. Микроциркуляторным нарушениям
- Г. Микробной агрессии

Т86 ПК-2.2.7. НАЧАЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОД-ЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- А. Гастродуоденоскопия
- Б. *УЗИ
- В. Ретроградная панкреатохолангиография
- Г. Папиллотомия

Т87 ПК-2.2.8. ФГДС ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПОЗВОЛЯЕТ

- А. Уточнить распространенность поражения железы
- Б. Подтвердить диагноз острого панкреатита
- В. *Оценить состояние БДС
- Г. Выявить локализацию процесса и форму панкреатита

Т88 ПК-2.2.8. ЧЕРНЫЙ ЖИДКИЙ КАЛ (МЕЛЕНА) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННОМ С

- А. Стенозом
- Б. Пенетрацией
- В. Перфорацией
- Г. *Кровотечением

Т89 ПК-2.2.9. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ–

- А. Рентгеноскопия
- Б. УЗИ
- В. *Гастроскопия
- Г. Компьютерная томография

Т90 ПК-2.2.9. В ДИАГНОСТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВЫ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. УЗИ
- Б. Рентгеновское исследование
- В. *Эндоскопия
- Г. Лабораторные данные

Т91 ПК-2.2.10. У ПАЦИЕНТА С ПРИЗНАКАМИ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ И АНАМНЕЗОМ ГЕПАТИТА ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Острая язва желудка
- Б. *Варикозное расширение вен пищевода
- В. Синдром Мэллори-Вейса
- Г. Рак желудка

Т92 ПК-2.2.10. ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕЛЬЗЯ ВЫЯВИТЬ

- А. Синдром Мэллори-Вейсса
- Б. *Синдром Золлингера-Эллисона
- В. Начальную форму рака
- Г. Степень сужения привратника

Т93 ПК-2.2.11. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ И

- А. Боли в животе
- Б. Кровавый стул
- В. Задержка стула и газов
- Г. *Напряжение мышц передней брюшной стенки

Т94 ПК-2.2.11. ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- А. Рвота цвета "кофейной гущи"
- Б. *Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
- В. Симптом "шума плеска"
- Г. Симптом Ровзинга

Т95 ПК-2.2.12. У ПАЦИЕНТКИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛЕВОЙ ДОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗМЕРОМ 4×6 СМ, ПУЛЬС 76 В МИН., ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- А. *Узловой нетоксический зоб
- Б. Узловой токсический зоб
- В. Уиффузный нетоксический зоб
- Г. Диффузный токсический зоб

Т96 ПК-2.2.12. ПАЦИЕНТКА 43 ЛЕТ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПОТЕРЕЙ ВЕСА, УТОМЛЯЕМОСТЬЮ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЛАБИЛЬНОСТЬЮ И УВЕЛИЧЕННОЙ ПЛОТНОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ, ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- А. Узловой нетоксический зоб
- Б. Узловой токсический зоб
- В. Диффузный нетоксический зоб
- Г. *Многоузловой токсический зоб

Т97 ПК-2.2.13. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ТИРЕОТОКСИКОЗА ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНАЛИЗ

- А. Общий крови
- Б. *На гормоны ТЗ, Т4, ТТГ
- В. Биохимический
- Г. Крови на СПИД и реакцию Вассермана

Т98 ПК-2.2.13. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТИРЕОТОКСИКОЗА–

- А. Снижение уровня СБИ (связанного с белком йода)
- Б. "Холодный" узел на сканограмме
- В. *Увеличение уровня ТЗ, Т4 (ТРИЙОДТИРОНИН, ТЕТРАЙОДТИРОНИН)
- Г. Увеличение основного объема

Т99 ПК-2.2.14. ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ЭМПИЕМОЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПОДПЕЧЕНОЧНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ, НАИЛУЧШИМ ЛЕЧЕНИЕМ БУДЕТ

- А. *Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование подпеченочного пространства
- Б. Консервативное
- В. Лапаротомия, холецистэктомия
- Г. Лапаротомия, холецистостомия

Т100 ПК-2.2.14. ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЕТСЯ

- А. Инородными телами
- Б. Желчными камнями
- В. *Злокачественными опухолями
- Г. Гельминтами

Т101 ПК-2.1.15. ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ С РАЗВИТИЕМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕОБХОДИМО

- А. *Установить зонда Блекмора, госпитализировать в отделение реанимации
- Б. Установить назогастральный зонд, активно промывать желудок до чистых вод
- В. Направить больного в терапевтический стационар по месту жительства
- Г. Выполнить неотложную операцию – лапаротомию

Т102 ПК-2.1.15. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ РАНЫ БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Жгут на конечность
- Б. Перевязка сосуда на протяжении
- В. Использование биполярной коагуляции
- Г. Наложение сосудистого шва

Т103 ПК-2.3.1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ И ИЗНУРЯЮЩИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Боль в эпигастрии
- Б. Многократная рвота
- В. Субфебрильная лихорадка
- Г. Вздутие живота

Т104 ПК-2.3.1. ДЛЯ ПРОБОДЕНИЯ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНА _____ БОЛЬ В ЖИВОТЕ

- А. *Внезапная «кинжальная»
- Б. Постоянная ноющая
- В. Схваткообразная
- Г. Транзиторная

T105 ПК-2.3.2. У ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ УДАРА НОЖОМ В ЖИВОТ, ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАД ГРУДНОЙ КЛЕТКОЙ АУСКУЛЬТАТИВНО КИШЕЧНЫХ ШУМОВ, МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ РАНЕНИЕ

- А. *Диафрагмы
- Б. Желудка
- В. Тонкой кишки
- Г. Плевры

T106 ПК-2.3.2. БОЛЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ (В ПРОЕКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ), УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ВО ВРЕМЯ ВДОХА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИМПТОМА

- А. *Кера
- Б. Мерфи
- В. Ортнера
- Г. Мюсси-Георгиевского

T107 ПК-2.3.3. ОДНОВРЕМЕННО ВОЗНИКШАЯ ТРАВМА ДВУХ И БОЛЕЕ ОРГАНОВ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К РАЗНЫМ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СИСТЕМАМ (ГОЛОВА, ШЕЯ, ГРУДЬ, ЖИВОТ, ТАЗ, ПОЗВОНОЧНИК, ВЕРХНИЕ И НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ), НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Сочетанной
- Б. Множественной
- В. Комбинированной
- Г. Политравмой

T108 ПК-2.3.3. ВЫХОД ОРГАНОВ ЗА ПРЕДЕЛЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЕЕ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДЕФЕКТОМ БРЮШИНЫ И МЫШЕЧНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКОГО СЛОЯ, А ТАКЖЕ КОЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, НАЗЫВАЮТ

- А. *Эвентерацией
- Б. Вентральной грыжей
- В. Мукоцеле
- Г. Кистой Бейкера

T109 ПК-2.3.8. ОБТУРАЦИОННЫЙ ХАРАКТЕР ЖЕЛТУХИ ЭХОГРАФИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Расширением внутripеченочных желчных протоков
- Б. Наличием конкремента в общем желчном протоке
- В. Наличием конкремента в вирсунговом протоке
- Г. Диффузными изменения паренхимы печени

T110 ПК-2.3.8. МОЖЕТ ПЕРЕФРАЗИРОВАТЬ: «ОПРЕДЕЛЕНИЕ СВОБОДНОГО ГАЗА ПОД КУПОЛОМ ДИАФРАГМЫ ПРИ ОБЗОРНОЙ РО-ГРАФИИ ОБП У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ДТП ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗРЫВА»

- А. *Полого органа
- Б. Печени
- В. Селезенки
- Г. Почки

T111 ПК-2.3.9. СОСТОЯНИЕ С ПРИЗНАКАМИ ТКАНЕВОЙ И ОРГАННОЙ ГИПОПЕРФУЗИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ, НЕ УСТРАНЯЮЩИЕСЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Септический шок
- Б. Тяжелый сепсис
- В. Рефрактерный шок
- Г. Токсэмия

T112 ПК-2.3.9. РАВНОМЕРНЫЙ ОТЕК В ВИДЕ «СОСИСКИ», СГЛАЖЕННОСТЬ МЕЖФАЛАНГОВЫХ БОРОЗД ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ПАНАРИЦИЯ

- А. *Сухожильного
- Б. Подкожного
- В. Суставного
- Г. Кожного

T113 ПК-3.2.1. 25-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА С АНАМНЕЗОМ РАДИАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ ЛИЦА (300 РАД) ИМЕЕТ БЕССИМПТОМНЫЙ УЗЕЛ ~2 СМ В ЛЕВОЙ ДОЛЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СНИЖЕНИЕ НАКОПЛЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ЙОД-131 СКЕНОГРАММЕ, ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А. Наблюдение за увеличением размеров в течение 3 месяцев
- Б. Сывороточный уровень тиреоидных антител, Т3 И Т4 УРОВНИ
- В. Ультразвуковое сканирование
- Г. *Пункционная биопсия

T114 ПК-3.2.1. ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО НЕТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА–

- А. Медикаментозное лечение
- Б. Тиреоидэктомия
- В. Субтотальная резекция щитовидной железы
- Г. *Резекция щитовидной железы

T115 ПК-3.2.2. ЕСЛИ ВЫПОЛНЕНА ТОТАЛЬНАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ПРИНИМАТЬ

- А. *Тироксин
- Б. Радиоактивный иод
- В. Метимазол
- Г. 5-фторурацил

T116 ПК-3.2.2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ИСКЛЮЧАЕТ

- А. Голод
- Б. Холод на живот
- В. Введение спазмолитиков
- Г. *Морфин при болевом шоке

T117 ПК-3.2.3. ЛУЧШЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ГИПЕРЕМИЕЙ И БОЛЕЗНЕННЫМ ШНУРОВИДНЫМ ТЯЖЕМ ОТ УРОВНЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ДО СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. *Строгий постельный режим, гепаринотерапия.
- Б. Компресс с мазью Вишневского, антибиотикотерапия
- В. Экстренно произвести кроссэктомию и радикальную венэктомию
- Г. Имплантировать кава-фильтр

T118 ПК-3.2.3. ПАЦИЕНТКУ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И ПЛАСТИКИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА, ПРИНИМАЮЩЕЙ НЕПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ, ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НЕОБХОДИМО

- А. *Перевести на прямые антикоагулянты
- Б. Снизить дозировки непрямых антикоагулянтов
- В. Увеличить дозировки непрямых антикоагулянтов
- Г. Отменить антикоагулянты

T119 ПК-3.2.4. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НУЖНО ПРИМЕНИТЬ

- А. *Гемотрансфузию
- Б. Дофамин
- В. Адреналин
- Г. Викасол, аминокaproновую кислоту и витамин С

T120 ПК-3.2.4. ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ (НА ПЕРИОД 4 Ч) ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТРАНЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ЖИДКОСТИ ДОСТИГАЕТСЯ ПУТЕМ ИНФУЗИИ

- А. *Рефортана плюс
- Б. Гипертонического раствора натрия хлорида 7,5%.
- В. Раствора Рингера
- Г. 5% раствора глюкозы

T121 ПК-3.3.1. КЛАССИЧЕСКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ГЕМОРРОЕ – ЭТО ОПЕРАЦИЯ ПО МЕТОДИКЕ

- А. *Миллигана-Моргана
- Б. Габриэля
- В. Майдля
- Г. Гиппократы

T122 ПК-3.3.1. БОЛЬНОМУ НА ФОНЕ ЖЕЛТУХИ С ПОДТВЕРЖДЕННЫМИ ПРИ УЗИ РАСШИРЕННЫМИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМИ ПРОТОКАМИ ПОКАЗАНА

- А. *Экстренная операция
- Б. Физиотерапия
- В. Симптоматическая терапия
- Г. Плановая операция

T123 ПК-3.3.2. ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНОВ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. *Синтетические аналоги соматостатина
- Б. Ингибиторы протеолитических ферментов
- В. Антибактериальные препараты
- Г. Препараты, улучшающие реологию крови

T124 ПК-3.3.2. ПАЦИЕНТУ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НАЗНАЧАЮТ _____ ПРЕПАРАТЫ

- А. *Спазмолитические
- Б. Антибактериальные
- В. Противопроtoзойные

Г. Гормональные

T125 ПК-3.3.3. ИЗВЛЕЧЕНИЕ НАЗОГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ДЕКОМПРЕССИОННОГО ЗОНДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВОЙ ПЕРИСТАЛЬТИКИ И САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СТУЛА НА

- А. *3-5 сутки
- Б. 1-2 сутки
- В. 6-8 сутки
- Г. 10-14 сутки

T126 ПК-3.3.3. К МЕХАНИЧЕСКИМ СПОСОБАМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ОТНОСЯТ

- А. *Клипирование эндоклипсами
- Б. Диатермокоагуляцию
- В. Инъекции вазоконстрикторов
- Г. Биполярную электрокоагуляцию

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

C1 ОПК-2.2.2. Больной 65 лет предъявляет жалобы на приступообразные боли в животе, вздутие живота, запоры, чередующуюся с поносом. Положительная реакция на «скрытую кровь».

Вопросы:

1. О каком заболевании необходимо думать в первую очередь?
2. В какую клиническую группу должен быть включен данный пациент?
3. Что в первую очередь необходимо выполнить пациенту для подтверждения диагноза опухоли?

Эталоны ответов:

1. В задаче описаны симптомы, совокупность которых характерна для обтурационной формы клинического течения злокачественных новообразований левой половины ободочной кишки.
2. Пациент до установления диагноза должен быть включен в Ia клиническую группу (больные с подозрением на злокачественное новообразование).
3. Определяющим методом диагностики в данном случае является колоноскопия с биопсией.

C2 ОПК-4.1.1. При профилактическом осмотре у 11-летнего мальчика обнаружено увеличение левой половины мошонки, при пальпации выше яичка определяется гроздеподобный конгломерат, слегка болезненный. Размер левого яичка больше, чем правого

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Укажите дополнительный метод обследования для подтверждения диагноза.
3. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Варикоцеле слева.
2. Сонография мошонки и малого таза с доплерографией.
3. Операция в плановом порядке: выключение обратного тока крови по внутренней семенной вене.

С3 ОПК-4.1.2. У 4-летнего ребенка с момента рождения не определяется в мошонке правое яичко. При осмотре: правая половина мошонки укорочена, яичко не пальпируется ни в мошонке, ни по ходу пахового канала.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Укажите дополнительный метод обследования для подтверждения диагноза.
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Крипторхизм, не исключена возможность монорхизма.
2. Ультразвуковое исследование малого таза.
3. Операция в плановом порядке: ревизия пахового канала и забрюшинного пространства.

С4 ОПК-4.2.1. Больной 48 лет предъявляет жалобы на слабость, отвращение к мясной пище, отсутствие аппетита, увеличение в объеме живота, потерю веса на 8 кг, боли в эпигастриальной области. При пальпации живота в эпигастриальной области выявлено несмещающееся образование и безболезненный увеличенный лимфатический узел между ножками грудинно-ключичной мышцы слева.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Укажите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Рак желудка.
2. ФЭГДС, СКТ органов брюшной полости и грудной клетки, биопсия лимфатического узла.

С5 ОПК-4.2.2. У 9-летнего ребенка 5 дней назад появились жалобы на боли в области нижней трети правой голени, хромота, температура тела поднималась до 39°C. При осмотре отмечаются отек и гиперемия кожи в нижней трети правой голени, активные и пассивные движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой дополнительный метод обследования может уточнить диагноз?
3. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости.
2. Рентгенография на 10-14 сутки от начала заболевания.
3. Транскутанная остеоперфорация правой большеберцовой кости, антибактериальная терапия.

С6 ОПК-4.2.3. У 12-летнего ребенка прооперированного три года назад по поводу острого аппендицита, около 5 часов назад появились схваткообразные боли в животе. Была однократная рвота съеденной пищей. Родители самостоятельно давали спазмолитики, улучшения не наступило. Стул был накануне.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой дополнительный метод обследования может уточнить диагноз?
3. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Спаечная кишечная непроходимость.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении.
3. Консервативная терапия (гипертонические клизмы, инфузионная терапия), при неэффективности – оперативное лечение.

С7 ОПК-4.2.4. В приемное отделение городской больницы обратилась женщина с жалобами на наличие уплотнения в правой ягодице, повышение температуры тела до 38 0С, озноб. Из анамнеза выяснено, что за три дня до обращения была сделана внутримышечная инъекция в домашних условиях.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Перечислить антисептические препараты для обработки операционного поля перед операцией.
3. Перечислить виды антисептики, которые можно применить в процессе лечения данного заболевания

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области.
2. Показано вскрытие абсцесса. Операционное поле можно обработать по Гроссиху-Филончикову (йод, спирт), первомуром, иодопираном, новосептом, бриллиантовым зеленым, танином.
3. После вскрытия абсцесса показано промывание полости 3% раствором перекиси водорода, хлорамином, затем фурацилином с последующим дренированием резиновыми выпускниками или установкой проточно-промывной системы. В послеоперационном периоде назначаются антибиотики парентерально.

С8 ОПК-4.3.1. У 11-летнего мальчика спустя неделю после травмы появились постоянные боли в левой голени, усиливающиеся в ночное время. Через месяц появилась припухлость, нарастающая в динамике. Температура тела 37,8°С. На рентгенограмме: в области дистального метафиза левой большеберцовой кости очаг деструкции, разрастание кортикального слоя (спикул), отслоение его в виде «козырька».

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой дополнительный метод обследования необходим для определения распространенности процесса?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Остеосаркома.
2. Рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки.
3. Химиотерапия в пред- и послеоперационном периоде, операция радикального удаления опухоли.

С9 ОПК-4.3.2. У новорожденного на 2 сутки жизни не отходят стул и газы, многократная рвота с примесью мекония. После введения в заднепроходное отверстие газоотводной трубки выделились комочки бесцветной слизи. Общее состояние тяжелое, адинамичен, отказывается от груди, цвет кожных покровов землисто-серый. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – множественные горизонтальные уровни жидкости.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Низкая врожденная кишечная непроходимость.
2. Ирригография водорастворимым контрастом.
3. Оперативное вмешательство после предоперационной подготовки.

С10 ОПК-4.3.3. Больной 25 лет обратился с жалобами на боль в правой подвздошной области. Заболел 4 часа назад, когда внезапно появилась боль в эпигастрии. Затем боль сместилась в правую подвздошную область. Состоит на диспансерном учете по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. При осмотре в правой подвздошной области определяется дефанс мышц передней брюшной стенки, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В других отделах живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие методы обследования необходимо провести пациенту для проведения дифференциальной диагностики заболевания?

Эталоны ответов:

1. Наличия положительного симптома Кохера, дефанса мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области и положительного симптома Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области свидетельствуют о наличии у больного острого аппендицита, однако наличие внезапного начала заболевания в эпигастральной области и наличие язвенного анамнеза не позволяет исключить прикрытую перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки. Необходимо провести дифференциальную диагностику между острым аппендицитом и прикрытой перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Для дифференциальной диагностики между прикрытой перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки и острым аппендицитом необходимо выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости, ФГДС или пневмогастроскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

С11 ОПК-5.2.1. Пациент 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита и работоспособности, потерю веса на 12 кг за последние 6 месяцев, дискомфорт в животе. В анализе крови уровень гемоглобина 88 г/л. При гастроскопии выявлен атрофический 66 гастрит. При ректороманоскопии на 8 см от ануса выявлен полип на ножке 16 мм, при гистологическом исследовании картина ворсинчатого полипа.

Вопросы:

1. В какую клиническую группу должен быть включен данный пациент?
2. О каком заболевании необходимо думать в первую очередь?
3. Для какой локализации опухоли характерна описанная клиническая картина?

4. Какие исследования необходимо выполнить пациенту для уточнения локализации и распространенности процесса?

Эталоны ответов:

1. До установления диагноза пациент должен быть включен в Ia клиническую группу (больные с подозрением на злокачественное новообразование).
2. При этом диагностический поиск должен быть направлен на обнаружение опухолевого поражения толстой кишки.
3. Перечисленные симптомы указывают на токсико-анемическую форму клинического течения, характерную для локализации опухоли в правой половине ободочной кишки.
4. Для уточнения диагноза следует начать с колоноскопии, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенографии легких, а затем в 112 плане уточняющей диагностики провести МРТ органов брюшной полости

С12 ОПК-5.3.1. В хирургическое отделение районной больницы поступил пациент с жалобами на боли в правой подвздошной области. Был поставлен диагноз: Острый аппендицит. В анамнезе у больного туберкулез легких. Сделано УЗИ органов брюшной полости. Заключение: псоас-абсцесс. Состояние больного при поступлении удовлетворительное, температура субфебрильная. Пациент отметил, что в течение последних двух-трех месяцев сохранялась выраженная слабость, потеря аппетита. Больной прооперирован. Во время операции при вскрытии брюшины в области m. Psoas выделилось около 50 мл белого крошковидного экссудата.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Определить тактику диагностики и лечения.

Эталоны ответов:

1. Туберкулез позвоночника, осложненный «холодным» натечником (туберкулезный псоас-абсцесс).
2. При наличии имеющихся клинических данных необходимо дообследование (рентгенография позвоночника на предмет наличия деструкции позвонков), консультация фтизиатра, консервативное лечение в специализированном стационаре (туберкулезная больница). Хирургическое лечение «холодных» натечников только при наличии осложнений со стороны прилегающих органов или присоединении вторичной инфекции.

С13 ОПК-6.1.1. 9-летний ребенок при падении с велосипеда ударился животом о руль, точка приложения удара – правое подреберье. При осмотре: в сознании, постоянно стремится сесть. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Печеночная тупость сохранена. В анализе крови: эритроциты – 3,0 Т/л, лейкоциты – 8,0 Г/л, гемоглобин – 85 г/л. В анализе мочи без патологии.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Тактика лечения.

Эталоны ответов:

1. Тупая травма живота, разрыв печени.
2. Необходимы ультразвуковое исследование органов брюшной полости, контроль уровня эритроцитов, гемоглобина, артериального давления.

3. Консервативная гемостатическая терапия, при неэффективности – экстренная операция.

С14 ОПК-6.1.2. 14-летний подросток упал с дерева, место приложения удара – левый бок. Общее состояние средней тяжести, живот мягкий, болезненный в левом фланке. Симптомы раздражения брюшины, отрицательные. Симптомы Вайнерта, Куленкампа - отрицательные. В анализе мочи – без изменений.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Тупая травма живота, разрыв селезенки.
2. Сонографическое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
3. При субкапсулярном разрыве селезенки консервативная гемостатическая терапия, при повреждении капсулы селезенки – оперативное вмешательство (спленектомия).

С15 ОПК-6.2.1. 14-летний подросток госпитализирован в стационар с жалобами на боль в правой поясничной области, слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что 3 часа назад был избит сверстниками. Объективно: состояние тяжелое, вял, кожные покровы бледные, на передней брюшной стенке множественные гематомы. Симптом Пастернацкого справа положителен. Моча розового цвета. Анализ крови: эритроциты – 3,2 Т/л, гемоглобин – 100 г/л, гематокрит – 29 %, лейкоциты – 9,2 Г/л. Анализ мочи: относительная плотность – 1028, сахар – нет, белок – 0,2 г/л, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – ½ поля зрения. На экскреторной урограмме: в проекции правой почки – депо контраста, в проекции левой - чашечно-лоханочная система без особенностей.

Вопросы:

1. Оцените результаты лабораторных и инструментальных исследований.
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Анемия средней степени тяжести, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. По данным экскреторной урограммы – субкапсулярный разрыв правой почки.
2. Тупая травма живота, разрыв правой почки.
3. Консервативная гемостатическая и антибактериальная терапия, при отсутствии эффекта – оперативное лечение.

С16 ОПК-6.2.4. Санинструктор осматривает военнослужащего, который наступил на мину во время боевых действий. Правая стопа и нижняя треть голени отсутствует, из культи правой голени продолжается кровотечение пульсирующей струей.

Вопрос:

1. Какую первую помощь необходимо оказать военнослужащему?
2. Как оценить эффективность оказания первой помощи?

Эталон ответа:

1. Наложить жгут на правое бедро, ввести анальгетики, асептическая повязка на культю.

2. При правильном наложении жгута кровотечение из раны останавливается, конечность бледнеет, пульсация ниже места наложения жгута не определяется.

С17 ОПК-7.1.1. У 1,5-месячного ребенка в течение последних 3 суток родители заметили беспокойство при попытке разогнуть левую ногу в тазобедренном суставе. Температура тела поднималась до 38,6 град. С. Ребенок держит ногу в приведенном к туловищу положении. При осмотре отмечается асимметрия складок за счет увеличения в объеме области левого тазобедренного сустава, активные движения отсутствуют, пассивные вызывают резкое беспокойство.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Острый гематогенный остеомиелит метаэпифиза левого бедренной кости.
2. Рентгенография правого и левого бедра.
3. Комплексная консервативная терапия (антибактериальная, дезинтоксикационная).

С18 ОПК-7.1.3. В домашних условиях пациентка 90 лет, случайно выпила уксус. Родственница больной через 20 минут после происшествия доставила пациентку в приемное отделение ближайшей больницы. Вы осматриваете пациентку как дежурный врач.

Вопросы:

1. Какую неотложную помощь можно было оказать больной в домашних условиях?
2. Какую медицинскую помощь в данной ситуации можно предложить больной?

Эталоны ответов:

1. Вызвать рвоту, дать антидот в виде белков яиц (3-4 шт.), разведенных в 1 л воды или цельное молоко.
2. Промывание желудка, так как оно ещё эффективно в первые 30-60 минут проточной водой с антидотом. Антибиотики широкого спектра действия, детоксикационная терапия, обволакивающие средства, энтеральное питание через зонд.

С19 ОПК-7.2.1. 2-летний мальчик в течение последних 5 часов беспокоен, жалуется на боли в животе. При осмотре: в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами, эластичное болезненное образование размерами 6х4 см, неправильное в брюшную полость. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Ущемленная левосторонняя паховая грыжа.
2. Необходимости в дополнительном обследовании нет.
3. Экстренное оперативное лечение.

С20 ОПК-7.2.2. На место бытовой драки прибыла машина скорой помощи. При осмотре пострадавших выяснено, что у молодого человека, 20 лет, имеется ножевая рана области с/3 правого бедра, из которой фонтаном бьёт алая кровь.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз
2. Указать объем оказания первой и квалифицированной медицинской помощи.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Резаная рана правого бедра с повреждением правой бедренной артерии. Артериальное кровотечение. Геморрагический шок. Степень тяжести шока определить не представляется возможным из-за отсутствия необходимой информации.
2. На месте травмы артериальный жгут на верхнюю треть бедра, асептическая повязка, наркотические анальгетики, ПСС + ПСА, инфузионная терапия по показаниям (АД, пульс), транспортировка в хирургический стационар, первичная хирургическая обработка, ревизия, шов артерии или при возможности пластика аллопротезом.

С21 ОПК-7.2.3. В участковой больнице подростку 15 лет, был вскрыт фурункул на шее.

Вопросы:

1. Указать антисептики для обработки раны в послеоперационном периоде.
2. Указать наиболее оптимальный вид дренирования раны и сроки удаления дренажа.

Эталоны ответов:

1. Рана обрабатывается 3% перекисью водорода, фурацилином.
2. Дренируется резиновым выпускником с марлевой турундой, смоченной в гипертоническом растворе. Дренаж можно удалить при исчезновении гнойного отделяемого (но не позднее 7-х суток с момента его установки) или заменить при сохранении экссудации.

С22 ОПК-7.3.1. 10-летний ребенок болеет около 2 суток, когда появились боли в животе, повышение температуры тела до 37,5 град. С. Затем присоединилась двукратная рвота. Живот в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах, определяется мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины, больше справа. Лейкоциты крови 12,5 Г/л. Стула не было.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие клинические проявления свидетельствуют в пользу осложненного течения заболевания?
3. Лечебная тактика.

Эталоны ответов:

1. Острый аппендицит, осложнившийся перитонитом.
2. Отсутствие участия живота в акте дыхания, мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины.
3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

С23 ОПК-1.1.1. В хирургическое отделение районной больницы обратился пациент с жалобами на интенсивные боли в пальцах обеих стоп, отек 21 мягких тканей стоп. Из анамнеза выяснено, что накануне в течение трех часов в осенней обуви шел пешком. Температура воздуха -100С. При объективном исследовании пальцы обеих стоп отечны, си-

нюшно-багрового цвета, горячие на ощупь. Пульсация артерий отчетливая с обеих сторон. Чувствительность на пальцах снижена, на тыле стопы с обеих сторон сохранена.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования.
3. Определить тактику лечения.

Эталоны ответов:

1. Отморожение стоп III-IV ст.
2. Рентгенография нижних конечностей, сцинтиграфия костей для решения вопроса об уровне поражения костей и решения вопроса об объеме некрэктомии и ампутации.
3. Антибиотики, анальгетики, сосудистая терапия, дубление тканей крепким иодом (5% спиртовая настойкой йода) до перевода влажной гангрены в сухую.

С24 ОПК-1.1.2. Пациент 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита и работоспособности, потерю веса на 12 кг за последние 6 месяцев, дискомфорт в животе. В анализе крови уровень гемоглобина 88 г/л. При гастроскопии выявлен атрофический 66 гастрит. При ректороманоскопии на 8 см от ануса выявлен полип на ножке 16 мм, при гистологическом исследовании картина ворсинчатого полипа.

Вопросы:

1. В какую клиническую группу должен быть включен данный пациент?
2. О каком заболевании необходимо думать в первую очередь?
3. Для какой локализации опухоли характерна описанная клиническая картина?
4. Какие исследования необходимо выполнить пациенту для уточнения локализации и распространенности процесса?

Эталоны ответов:

1. До установления диагноза пациент должен быть включен в Ia клиническую группу (больные с подозрением на злокачественное новообразование).
2. При этом диагностический поиск должен быть направлен на обнаружение опухолевого поражения толстой кишки.
3. Перечисленные симптомы указывают на токсико-анемическую форму клинического течения, характерную для локализации опухоли в правой половине ободочной кишки.
4. Для уточнения диагноза следует начать с колоноскопии, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенографии легких, а затем в 112 плане уточняющей диагностики провести МРТ органов брюшной полости.

С25 ОПК-1.1.3. В приемное отделение городской больницы обратился пациент с жалобами на наличие болей в области первого пальца левой кисти, выраженный отек мягких тканей, линейной гиперемии от лучезапястного до локтевого сустава, болей в левой подмышечной области, повышение температуры тела до 38,0С, ограничение активных и пассивных движений.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Определить тактику лечения.

Эталоны ответов:

1. Глубокий панариций первого пальца левой кисти. Лимфангит, лимфаденит слева.

2. Показана госпитализация в хирургический стационар, хирургическое лечение панариция, иммобилизация кисти лонгетой и косыночной повязкой, антибиотики, инфузионная терапия.

С26 ОПК-1.1.4. Больной 48 лет предъявляет жалобы на слабость, отвращение к мясной пище, отсутствие аппетита, увеличение в объеме живота, потерю веса на 8 кг, боли в эпигастриальной области. При пальпации живота в эпигастриальной области выявлено несмещающееся образование и безболезненный увеличенный лимфатический узел между ножками грудинно-ключичной мышцы слева.

Вопросы:

1. Указать предположительный диагноз
2. исследования необходимые для уточнения диагноза.
3. Как описывается распространенность данного процесса по системе TNM?
4. В какую клиническую группу должен быть включен больной после верификации злокачественной опухоли?

Эталоны ответов:

1. На основании наличия слабости, отвращения к мясной пище и отсутствия аппетита, увеличения живота, снижения массы тела на 8 кг, а также болевых ощущений на фоне пальпируемой опухоли в эпигастрии, следует думать о запущенной форме рака желудка. Безболезненный увеличенный лимфатический узел, определяющийся между ножками грудинно-ключичной мышцы слева, является одним из классических отдаленных лимфогенных метастазов рака желудка (железа Вирхова).
2. Для уточнения диагноза следует провести: гастроскопию с биопсией
3. В данном случае на основании клинических признаков следует предполагать IV стадию (T4N3M1).
4. Такой пациент после завершения обследования должен быть зачислен в IV клиническую группу для проведения симптоматической противоболевой терапии.

С27 ПК-1.2.1. В приемное отделение городской больницы доставлен пациент без сознания. Со слов врача скорой помощи был сбит машиной около 30 мин. назад. При осмотре сознание отсутствует. Реакция зрачков на свет сохранена симметричная. Периферические рефлексы симметричны. Кожные покровы бледные. Пульс 100 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. При объективном исследовании в с\3 левой голени определяется припухлость, пальпаторно – крепитация. При рентгенографии костей колени – винтообразный перелом большеберцовой кости левой голени без смещения. Бригадой скорой помощи во время транспортировки была сделана инъекция анальгина с димедролом, наложена транспортная иммобилизация шиной Дитерихса.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Наметить план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Винтообразный перелом большеберцовой кости левой голени без смещения. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Травматический шок II-III ст. тяжести.
2. Показана госпитализация в палату интенсивной терапии и реанимации, проведение противошоковой терапии, консультация невропатолога, иммобилизация (гипсовая повязка или скелетное вытяжение).

С28 ПК-1.2.2. У больной на 5 сутки после вскрытия гнойного очага на ягодиче сохраняется гиперемия кожи, резкая болезненность, выражен отек околораневой поверхности. Из раны выделяется обильное гнойное отделяемое. Температура тела 38С. Лейкоцитоз $12,3 \cdot 10^9$ /л. Сохраняется тахикардия 96 в мин.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Перечислить методы лечения в данном конкретном случае.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Постинъекционный абсцесс левой ягодичной области. Синдром системной воспалительной реакции.
2. Антибактериальная терапия (антибиотики, комбинированные препараты, инфузионная дезинтоксикационная терапия), УФО крови, ежедневные перевязки (по показаниям при наличии обильного гнойного отделяемого дважды в день) с глубокой санацией раны антисептическими препаратами и адекватным дренированием.

С29 ПК-1.3.1. В приемное отделение доставлен пациент 27 лет с наличием флегмоны бедра и голени справа на фоне введения в паховую вену наркотических препаратов. Болеет в течение 7 суток. На момент осмотра у пациента имеют место лейкоцитоз (14 Г/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и наличием незрелых форм, тахикардия (более 24/мин.), лихорадка до 38,70 С.

Вопросы:

1. Что из представленных выше симптомов указывает на тяжесть состояния пациента?
2. Каким образом можно производить оценку функциональной органно-системной состоятельности у данного больного?

Эталоны ответов:

1. На тяжесть состояния пациента в данном случае указывает наличие флегмоны как первичного очага инфекции мягких тканей, а также клинические и лабораторные признаки сепсиса.
2. Оценка функциональной органно-системной состоятельности у больных с сепсисом производят по системе SOFA

С30 ПК-1.3.2. Больная, 49 лет, доставлена в приемное отделение городской больницы через сутки от начала заболевания. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Начало заболевания связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. Жалобы на боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, тошноту, повышение температуры тела до 37,4оС. Начала болезни связывает с приемом жирной пищи. При объективном осмотре: пульс - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Лейкоциты крови $12,0 \text{ Г/л}$. Моча без патологии. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный и напряжен в правом подреберье. Симптомы Кера и Мюсси-Георгиевского положительные Симптом Щеткина - Блюмберга также положительный по правому фланку. При сонграфии ОБП определяется увеличенный желчный пузырь с утолщением его стенки до 6 мм и наличием солитарного конкремента в просвете до 12 мм в диаметре, паравезикальный инфильтрат и наличие свободной жидкости по правому фланку.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие инструментальные методы дообследования необходимо выполнить пациенту для дифференциальной диагностики с перфоративной язвой.

3. Определите тактику лечения пациента?

Эталоны ответов:

1. ЖКБ, острый калькулезный холецистит, паравезикальный инфильтрат, диффузный перитонит.
2. Обзорная рентгенография живота и ФЭГДС.
3. Тактика лечения: экстренное оперативное лечение – холецистэктомия.

С31 ПК-1.3.3. Пациентка Р., 40 лет, поступила с жалобами на тупые боли за грудиной, повышение температуры тела до 39°C. Из анамнеза известно, что за 10 часов до поступления ела курицу, проглотила кусок мяса с костью. Общее состояние больной средней тяжести, в сознании. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. ЧСС – 100 в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт.ст. ЧДД – 20 уд. в мин. В легких везикулярное дыхание, патологические шумы не выслушиваются. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При обзорной рентгенографии грудной клетки выявлено расширение тени средостения. При контрастной эзофагографии определяется затек контрастной массы в средостение.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Определите тактику лечения пациента?

Эталоны ответов:

1. Инородное тело пищевода, перфорация пищевода, медиастинит.
2. Тактика лечения: экстренное оперативное лечение – торакотомия, ушивание дефекта пищевода дренирование средостения, дренирование плевральной полости, дренирование пищевода.

С32 ПК-1.3.4. Пациенту 72 лет, страдающий персистирующей формой фибрилляции предсердий и варикозной болезнью ног, трое суток назад было выполнено протезирование тазобедренного сустава. При ходьбе внезапно возникла резкая боль за грудиной, одышка, потеря сознания. Объективно: состояние тяжелое, определяется цианоз лица и шеи, выбухание вен шеи. Имеется кровохарканье, дистанционные влажные хрипы, пульс – 98-140 ударов в минуту, АД - 60/40 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какое неотложное состояние возникло у больного?
2. Назначьте лечение.
3. Каковы меры профилактики развития данного осложнения?

Эталоны ответов:

1. ТЭЛА
2. Введение антикоагулянтов, наркотических анальгетиков, кислородная поддержка, перевод в реанимационное отделение для симптоматической терапии.
3. Назначение антикоагулянтов в профилактической дозировке, эластическое бинтование ног.

С33 ПК-1.3.5. Мужчина 30 лет доставлен в городскую больницу через 2 часа после сквозного ранения правой половины грудной клетки из пистолета. Состояние тяжелое, число дыханий 28 в минуту. Цианоз. Шейные вены набухшие. Пульс 115, слабого наполнения, ритмичен, АД 105/55 мм рт. ст. Умеренно выраженная подкожная эмфизема справа. Входная рана расположена в 3 межреберье по среднеключичной линии, выходная рана

под нижним углом правой лопатки. Дыхание справа не выслушивается, слева везикулярное, перкуторно над правой половиной груди коробочный звук. Границы сердца сохранены.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие обязательные исследования необходимо выполнить пациенту?
3. Укажите последовательность действий при оказании неотложной помощи.

Эталоны ответов:

1. Сквозное огнестрельное ранение правой половины грудной клетки. Правосторонний пневмоторакс.
2. Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции.
3. Пункция плевральной полости справа во втором межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю нижележащего ребра. Дренирование плевральной полости по Бюлау. Выполнить контрольную рентгенография органов грудной клетки. Провести первичную хирургическую обработку ран грудной клетки. Уточнить прививочный анамнез по столбняку, определить титр напряженности АТ к возбудителям столбняка. При невозможности, провести экстренную профилактику столбняка.

С34 ПК-1.3.6. Женщина 47 лет доставлен в городскую больницу через 6 часов от начала заболевания с жалобами на повторную обильную рвоту малоизмененной кровью со сгустками, головокружение, выраженную общую слабость и сухость во рту. В анамнезе не леченный хронический вирусный гепатит С. Объективно: состояние тяжелое, число дыханий 24 в минуту. Выраженный акроцианоз. Пульс 102, слабого наполнения, ритмичен, АД 85/50 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита в околопупочной области определяются расширенные подкожные вены. Край печени выступает на 4 см из-под края правой реберной дуги. Ректально мелена. При постановке назогастрального зонда получена алая кровь со сгустками. При ФЭГДС имеются варикозно расширенные вены пищевода и желудка с геморрагическим налетом и сгустками. Кровотечение остановлено эндоскопически.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое медицинское изделие необходимо применять в случае рецидива кровотечения?
3. Назовите группы лекарственных препаратов, необходимых для лечения данного неотложного состояния.

Эталоны ответов:

1. Хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз. Гепатомегалия. Синдром лимфопортальной гипертензии. Варикоз вен пищевода и желудка 4 ст. Кровотечение в просвет пищеварительного канала. Асцит.
2. Зонд Блэкмора.
3. Гемостатики, инфузионные среды (кристаллоидные и коллоидные растворы, крахмалы), вазопрессоры, препараты крови и кровезаменителей, гепатопротекторы, обволакивающие препараты.

С35 ПК-2.1.4. Больной Н, 45 лет. Обратился в приемное отделение с жалобами на наличие болезненного инфильтрата по задней поверхности шеи, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре по задней поверхности шеи выявлен инфильтрат до 6 см в диаметре, кожные покровы над ним гиперемированы, отечны, в центре его три некротических стержня. Там же определяется размягчение тканей и флюктуация.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Определите тактику лечения пациента?

Эталоны ответов:

1. Карбункул задней поверхности шеи
2. Рассечение и иссечение карбункула. Антибактериальная терапия. Регулярные перевязки.

С36 ПК-2.1.6. У больного, прооперированного по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости, повреждения кишечника на вторые сутки после операции появились интенсивные боли в животе, тошнота, рвота, при пальпации – положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Во время перевязки между краями послеоперационной раны выступает петля кишечника.

Вопросы:

1. Поставить диагноз
2. Определить вид хирургического вмешательства.

Эталоны ответов:

1. Имеет место послеоперационная эвентерация кишечника.
2. Показана срочная релапаротомия с целью ушивания дефекта апоневроза.

С37 ПК-2.1.7. Больной 65 лет предъявляет жалобы на приступообразные боли в животе, вздутие живота, запоры, чередующуюся с поносом. Положительная реакция на «скрытую кровь».

Вопросы:

1. О каком заболевании необходимо думать в первую очередь?
2. В какую клиническую группу должен быть включен данный пациент?
3. Что в первую очередь необходимо выполнить пациенту для подтверждения диагноза опухоли?

Эталоны ответов:

1. О злокачественном новообразовании левой половины ободочной кишки.
2. Пациент до установления диагноза должен быть включен в Ia клиническую группу (больные с подозрением на злокачественное новообразование).
3. Определяющим методом диагностики в данном случае является колоноскопия с биопсией.

С38 ПК-2.2.2. Больная, 53 лет, страдает в течение 8 лет периодическими болями в области правого подреберья, однако чувствовала себя вполне удовлетворительно, почти не соблюдала диеты. За последний год приступы болей в правом подреберье стали беспокоить чаще и приобрели более затяжной характер. Стало трудно купировать боль. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Отклонений в деятельности сердечно-сосудистой и легочной систем не выявлено. Живот умеренно болезненный в области правого подреберья. Пальпировать желчный пузырь не удастся. Со стороны лабораторных исследований отклонений не отмечено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы исследования для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

Эталоны ответов:

1. Хронический холецистит.
2. Ультразвуковое сканирование желчного пузыря.
3. Оперативное лечение – плановая холецистэктомия с ревизией желчевыводящих путей.

С39 ПК-2.2.3. Пациент Ф 74 лет, находится на лечении в хирургическом отделении по поводу тромбоза глубоких вен правой голени. Состояние резко ухудшилось, отмечена выраженная одышка, цианотичность лица, кашель с мокротой с примесью крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие обязательные исследования необходимо выполнить пациенту?

Эталоны ответов:

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. ЭКГ, определение уровня Д-димера, коагулограмма

С40 ПК-2.2.4. Больной К доставлен в приемное отделение после ДТП с жалобами на нарастающую одышку, боль в грудной клетке справа, затрудненное дыхание, слабость, головокружение. При осмотре определяется гематома грудной клетки справа, при аускультации слева дыхание везикулярное во всех отделах, справа - в нижних отделах не выслушивается в верхних – ослабленное везикулярное. При перкуссии справа – притупление перкуторного звука книзу от 3 ребра по средней ключичной линии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Определите тактику обследования больного?

Эталоны ответов:

1. ЗТГК, правосторонний гемоторакс
2. СКТ грудной клетки, при невозможности выполнить СКТ – обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях

С41 ПК-2.2.5. У женщины, 56 лет, страдающей варикозным расширением вен левой нижней конечности внезапно началось кровотечение из варикозного узла в нижней трети голени. Кровь стекает медленно струйкой.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз
2. Указать объем первой и квалифицированной медицинской помощи.

Эталоны ответов:

1. Аррозивное кровотечение из варикозного узла поверхностной вены левой голени.
2. Наложение асептической давящей повязки, можно с гемостатической губкой. Симптоматическая и гемостатическая терапия.

С42 ПК-2.2.6. В травмпункт обратился пострадавший, которому циркулярной пилой оторвало ногтевую фалангу III пальца правой кисти.

Вопросы:

1. Указать объем оказания медицинской помощи пострадавшему.
2. Указать наиболее оптимальную тактику ведения данного пациента.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Травматический отрыв ногтевой фаланги III пальца правой кисти. Осмотр пациента, обработка антисептиками, асептическая повязка, профилактика столбняка (ПСС + ПСА).
2. Для профилактики развития гнойных осложнений целесообразно открытое ведение процесса без наложения швов (перевязки, асептические повязки со стрептоцидом или ксероформом).

С43 ПК-2.2.7. На поликлинический прием к хирургу обратилась больная, 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени в стороне от основных венозных магистралей. Пробы Троянова-Тренделенбурга и Претта отрицательны.

Вопросы:

1. О чем свидетельствует отрицательный результат проведенных функциональных проб?
2. Какое лечение можно предложить больной?

Эталоны ответов:

1. Отрицательный результат проб Троянова-Тренделенбурга и Претта свидетельствует об отсутствии патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные через сафено-фemorальное соустье и перфорантные вены голени, что указывает на компенсацию варикозной болезни.
2. Больной может быть проведена склеротерапия или перивазальная электрокоагуляция.

С44 ПК-2.2.8. В хирургическом отделении городской больницы находится пациент с хроническим наружным геморроем, геморроидальным кровотечением. При обследовании гемоглобин 106 г/л, эритроцитов – 3,1 Т/л, гематокрит – 32%.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Указать препарата крови, показанный для переливания в данном случае.

Эталоны ответов:

1. Хронический кровоточащий геморрой, анемия легкой степени тяжести.
2. Гемотрансфузия при данных показателях крови не показана.

С45 ПК-2.2.9. В приемное отделение городской больницы доставлен пациент без сознания. Со слов врача скорой помощи был сбит машиной около 30 мин. назад. При осмотре сознание отсутствует. Реакция зрачков на свет сохранена симметричная. Периферические рефлексы симметричны. Кожные покровы бледные. Пульс 100 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. При объективном исследовании в с/3 левой голени определяется припухлость, пальпаторно – крепитация. При рентгенографии костей колени – винтообразный перелом большеберцовой кости левой голени без смещения. Бригадой скорой помощи во время транспортировки была сделана инъекция анальгина с димедролом, наложена транспортная иммобилизация шиной Дитерихса.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Наметить план лечения.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Винтообразный перелом большеберцовой кости левой голени без смещения. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Травматический шок II-III ст. тяжести.
2. Показана госпитализация в палату интенсивной терапии и реанимации, проведение противошоковой терапии, консультация невропатолога, иммобилизация (гипсовая повязка или скелетное вытяжение).

С46 ПК-2.2.10. Пациент 57 лет длительное время страдает хроническим *Helicobacter*-ассоциированным гастритом. Во время амбулаторного обследования верифицирован рак тела желудка. Опухоль прорастает все слои стенки, стенозирует выходной отдел желудка и нарушает эвакуацию. В правой доле печени выявлены 4 метастатических очага.

Вопросы:

1. К категории каких заболеваний в данном случае следует отнести хронический *Helicobacter*-ассоциированный гастрит?
2. Какая стадия заболевания у больного?
3. Как описывается распространенность данного процесса по системе TNM?
4. В какую клиническую группу должен быть включен данный больной?

Эталоны ответов:

1. Хронический *Helicobacter*-ассоциированный гастрит следует отнести к факультативным предраковым заболеваниям, а вызывающим его микроорганизм *Helicobacter pylori* - к промоторам канцерогенеза рака желудка.
2. У пациента IV стадия заболевания.
3. По системе TNM соответствует T3NxM1.
4. Данный пациент должен быть зачислен в IV клиническую группу (больные с распространенными формами опухолевого процесса), для проведения паллиативного лечения.

С47 ПК-2.2.11. В августе 2015 года 33-летняя пациентка была госпитализирована для планового лечения гигантской язвы желудка (42×35 мм) с инфильтрацией, по биопсии диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома, без признаков распространения по МРТ; выполнена субтотальная резекция желудка с D2 лимфодиссекцией, после чего назначена адъювантная химиотерапия, на данный момент пациентка чувствует себя хорошо.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз по клинической классификации TNM,
2. Клиническую группу диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов:

1. Низкодифференцированная аденокарцинома нижней трети тела желудка T2N1M0 (II стадия),
2. III клиническая группа (лица с доказанными злокачественными опухолями, которые закончили радикальное лечение и находятся в стадии ремиссии).

С48 ПК-2.2.12. Больной, физически крепкий мужчина, 50 лет. Внезапно отметил колющие боли в правом паху. Вскоре боли стали ощущаться по всей правой половине живота и в поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей больной то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал и не находил себе места. Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы на мочеиспускание. Больной покрыт потом, пульс 100 в минуту, температура нормальная, моча макроскопически без патологии.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Чем можно помочь этому больному?

Эталоны ответов:

1. Почечная колика.
2. Общий анализ мочи, хромоцистоскопия.
3. Горячая ванна, новокаиновая блокада семенного канатика или паранефральная блокада, наркотики, спазмолитики.

С49 ПК-2.2.13. В хирургическом отделении городской больницы находится пациент с хроническим наружным геморроем, геморроидальным кровотечением. При обследовании гемоглобин 101 г/л, эритроцитов – 2,9 Т/л, гематокрит – 32%.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Указать препарат крови, показанный для переливания в данном случае.

Эталоны ответов:

1. Хронический кровоточащий геморрой, анемия легкой степени тяжести.
2. Гемотрансфузия при данных показателях крови не показана.

С50 ПК-2.2.14. В приемное отделение городской больницы обратилась женщина с жалобами на наличие уплотнения в правой ягодице, повышение температуры тела до 38 °С, озноб. Из анамнеза выяснено, что за три дня до обращения была сделана внутримышечная инъекция в домашних условиях.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Перечислить антисептические препараты для обработки операционного поля перед операцией.
3. Перечислить виды антисептики, которые можно применить в процессе лечения данного заболевания

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области.
2. Показано вскрытие абсцесса. Операционное поле можно обработать по Гроссиху-Филончикову (йод, спирт), первомуром, иодопираном, новосептом, бриллиантовым зеленым, танином.
3. После вскрытия абсцесса показано промывание полости 3% раствором перекиси водорода, хлорамином, затем фурацилином с последующим дренированием резиновыми выпускниками или установкой проточно-промывной системы. В послеоперационном периоде назначаются антибиотики парентерально.

С51 ПК-2.1.15. К вам в поликлинику обратился больной, 60 лет, с жалобами на боли в области желудка, пониженный аппетит, слабость, потерю веса, снижение работоспособности. Больной рассказал, что более 20 лет болел язвой желудка. Неоднократно лечился с временным успехом. В последний год характер болей изменился, они стали менее интенсивными, мало зависящими от приема пищи, как наблюдалось ранее, периодически отмечает отрыжку тухлым яйцом или воздухом. Объективно: несколько снижено питание,

бледноват, живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Пальпаторно патологию установить не удастся. Температура 36,6°C.

Вопросы:

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования помогут установить диагноз?
3. Ваши рекомендации больному?

Эталоны ответов:

1. Рак желудка.
2. Рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия с биопсией.
3. Оперативное лечение – субтотальная резекция желудка или гастрэктомия.

C52 ПК-2.3.1. Больная, 43 лет, поступила в клинику с жалобами на раздражительность, дрожание пальцев рук, плаксивость, наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, значительную потерю веса за последнее время. Общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледно-розового цвета. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца глуховатые, при аускультации в легких жесткое дыхание, со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. St. localis: на передней поверхности шеи определяется образование, которое смещается при глотании. При пальпации обнаружено диффузное увеличение щитовидной железы; безболезненна. Основной обмен +30%.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие необходимо произвести исследования для уточнения диагноза?
3. Каковы врачебные рекомендации по лечению?

Эталоны ответов:

1. Тиреотоксический зоб.
2. УЗИ и радиоизотопное сканирование.
3. Показано оперативное лечение – субтотальная струмэктомия после предоперационной подготовки, направленной на уменьшение тиреотоксикоза.

C53 ПК-2.3.2. Больная П., 68 лет жалуется на схваткообразную боль в животе, общую слабость, тошноту, многократную рвоту в течение 3 суток, когда на фоне приема в пищу «бобовых» появились и начали нарастать указанные выше жалобы. Со слов больной дважды оперирована по поводу острого аппендицита и спаячной болезни. Объективно: общее состояние тяжелое. В сознании. Стонет от боли. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, акроцианоз. Температура тела – 36,5 0C. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. ЧДД – 24 в мин. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. АД 80/40 мм рт. ст. Пульс 104 уд. в мин. Язык сухой, обложен серым налетом. На передней брюшной стенке в правой подвздошной области и по белой линии живота ниже пупка определяются окрепшие послеоперационные рубцы без признаков воспаления. Живот вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах. При медленном надавливании на брюшную стенку и последующем быстром отдергивании руки после надавливания отмечает усиление болевых ощущений на всем протяжении. При перкуссии определяется тимпанический звук с металлическим оттенком в мезогастральной области. В правой половине живота при толчкообразных движениях одной рукой выслушивается плеск жидкости. Перистальтика кишечника резко ослаблена, единичными волнами. Диурез за последние 24 часа - 150 мл. Газы не отходят. Стул – 2 суток назад. Ректально: ампула прямой кишки пустая.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие данные объективного осмотра говорят в пользу данного патологического состояния?
3. Какие пальпаторные данные говорят в пользу данного патологического состояния?
4. Какие перкуторные данные говорят в пользу данного патологического состояния?
5. Какие аускультативные данные говорят в пользу данного патологического состояния?

Эталоны ответов:

1. Острая спаечная кишечная непроходимость. Перитонит.
2. Бледные кожные покровы, акроцианоз, одышка, гипотония, тахикардия, сухой язык с серым налетом, вздутый живот, наличие рубцов на передней брюшной стенке, олигурия, отсутствие кала в ампуле прямой кишки.
3. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Склярова.
4. Положительный симптом Кивуля.
5. Резко ослабленная, единичными волнами перистальтика кишечника.

С54 ПК-2.3.3. Больной М., 44 лет жалуется на наличие периодическую боль и гнойные выделения в перианальной области, повышение температуры тела до 37,5-38,0 0С. Анамнез заболевания: 2 года назад около заднего прохода образовался гнойник, который самостоятельно вскрылся, после чего выделение гноя прекратилось. В дальнейшем с периодичностью 1 раз в 3-4 месяца наблюдались рецидивы заболевания. При осмотре: на 3 часах условного циферблата на расстоянии 2,0 см от заднего прохода имеется дефект кожных покровов, пропускающее головку пуговчатого зонда. Кожа по окружности отверстия мацерирована, из свища выделяется жидкий гной, грануляции вялые, цианотичные.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: хронический парапроктит

С55 ПК-2.3.8. Больной К., 52 лет жалуется на наличие периодическую боль и гнойные выделения в области заднего прохода, периодическое повышение температуры тела до 38,0 0С. Анамнез заболевания: 3 года назад оперирован по поводу острого ишиоректального парапроктита. После выписки из отделения проктологом не осматривался, не лечился. В дальнейшем с периодичностью 1 раз в 2-3 месяца отмечал ознобы, припухлость и выделение гноя из дефекта кожи в проекции послеоперационного рубца возле заднего прохода. При осмотре: на 7 часах условного циферблата на расстоянии 2,5 см от ануса имеется дефект кожных покровов размерами 0,4*0,5 см с вялыми грануляциями, из которого при пальпации выделяется жидкий гной, кожа по окружности мацерирована.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное патологическое состояние?

Эталоны ответов:

1. Предварительный диагноз: прямокишечный свищ.
2. Данное заболевание необходимо дифференцировать:
 - со специфическими инфекциями (туберкулез, актиномикоз);
 - воспалительными заболеваниями кишечника с перианальными осложнениями (болезнь Крона, язвенный колит);

- параректальными кистами, тератомами;
- хроническим воспалением эпителиальных копчиковых ходов;
- хроническим остеомиелитом костей таза.

С56 ПК-2.3.9. Больная О., 54 лет жалуется на интенсивную боль в правом подреберье, повышение температуры тела до 38,2оС, горечь во рту, тошноту, однократную рвоту. Болеет 4 суток. Заболевание связывает с приемом жирной пищи. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела – 37,8оС. Живот симметричен, не вздут. При пальпации живот болезненный и напряженный в правом подреберье, здесь же при глубоком вдохе боль в правом подреберье усиливается. При поколачивании ребром ладони по реберной дуге справа по среднеключичной линии и при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа отмечается умеренная болезненность. Перистальтика ослаблена. Газы отходят. Ургентная сонография – стенка желчного пузыря неравномерно утолщена от 0,6 до 1,0 см, с двойным контуром, в просвете множество гиперэхогенных структур неправильной формы с максимальным размером до 7-8 мм в диаметре, дающие акустическую тень.

Вопросы:

1. Укажите патогномоничные симптомы заболевания в данной клинической ситуации?
2. Установите диагноз и укажите код заболевания по МКБ 10.

Эталоны ответов:

1. Патогномоничными симптомами в данной клинической ситуации являются: симптом Ортнера, Кера, Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом).
2. Желчнокаменная болезнь. Острый деструктивный калькулезный холецистит. К 80.0

С57 ПК-3.2.1. Больная, 35 лет. Заболела 8 часов назад. Отметила нерезкие боли в эпигастриальной области, которые постепенно нарастали и спустя некоторое время локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота. Боли усиливаются при кашле, ходьбе, повороте на левый бок. Больная замужем, имела 3 беременности, менструации были в срок. В прошлом подобных болей не было. При осмотре состояние удовлетворительное, держится тошнота, температура 37,8°С. Пульс 80 в минуту. Язык обложен, влажный. Живот при пальпации несколько напряжен в правой подвздошной области и здесь же резко болезненный. Положительные симптомы Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие?
3. Какова тактика лечения больных с таким заболеванием?

Эталоны ответов:

1. Острый аппендицит.
2. Анализ мочи, анализ крови (лейкоцитоз).
3. Оперативное лечение – аппендэктомия.

С58 ПК-3.2.2. Больной, 56 лет. Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в течение 3-х лет. Периодически лечится. Сутки назад внезапно во время ходьбы появилась боль и чувство онемения левой нижней конечности. Боли постепенно усиливались. Объективно: активен, сознание ясное. Пульсация на общей бедренной артерии определяется, на подколенной и артериях стопы – нет. Над общей бедренной артерией систолический шум.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?

Эталоны ответов:

1. Облитерирующий атеросклероз, тромбоз бедренно-подколенного сегмента, артериальная недостаточность II б степени.
2. Артериография.
3. Оперативное – реконструктивная операция

С59 ПК-3.2.3. Больная, 30 лет. Заболела остро, час назад. Появились резкие боли внизу живота, головокружение. Спустя час с момента заболевания при вставании с постели потеряла сознание, упала. В сознание пришла в машине скорой помощи. Кружилась голова, тошнило, беспокоят боли внизу живота, больше справа, отдающие в прямую кишку, промежность. Не может лежать, чувствует себя лучше в положении сидя. Больная замужем, имеет одного ребенка. Последняя менструация была около 2-х месяцев назад. При осмотре – живот напряжен слегка, болезненный в гипогастрии, здесь же положительный симптом Блюмберга. Бледна, покрыта холодным липким потом. АД 80/45 мм рт. ст., пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичен.

Вопросы:

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие? Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

Эталоны ответов:

1. Внематочная (эктопическая) беременность. Разрыв маточной трубы вследствие беременности, осложнившейся кровотечением.
2. Пункция заднего свода влагалища, лапароцентез.
3. Оперативное – удаление маточной трубы.

С60 ПК-3.2.4. Больной, 63 лет, пенсионер. Внезапно возникли приступообразные боли в верхней половине живота, больше слева, с иррадиацией в левую половину грудной клетки. Одновременно появилась неукротимая рвота. Был жидкий стул. Боли возникли после приема жирной и острой пищи. Объективно: состояние средней тяжести. Степень ожирения III. Кожные покровы чистые. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. АД 180/90 мм рт.ст., пульс 84 в 1 минуту. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации в эпигастральной области и слева от пупка. Печень, желчный пузырь не определяются. Слабо положительный симптом Блюмберга в левой половине живота. Перистальтика кишечника слабая. Мочеиспускание учащенное. Температура 37,6°C, лейкоцитоз 11,3 Г/л.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для правильной постановки диагноза?
3. План лечения?

Эталоны ответов:

1. Острый панкреатит.
2. Анализ крови – амилаза, сахар, мочевины, обзорная рентгеноскопия грудной и брюшной полостей.

3. Функциональный покой поджелудочной железы, локальная гипотермия, аспирация желудочного содержимого, спазмолитики, анальгетики, средства, улучшающие микроциркуляцию.

С61 ПК-3.3.1. Пациентка Р., 38 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на постоянную тупую боль внизу живота, больше справа, повышение температуры тела до 37,6оС. 5 суток назад появились боли в эпигастрии, была трехкратная рвота. Через 16 часов боли спустились в нижние отделы живота справа. Для купирования боли пациентка принимала спазмолитики и анальгетики с умеренным положительным эффектом, в связи с чем за медицинской помощью не обращалась. На момент осмотра общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,6оС Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, в дыхании участвует равномерно. При поверхностной пальпации определяется умеренное напряжение и болезненность в гипогастральном области справа. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное опухолевидное, умеренно болезненное, не смещаемое образование до 9х8 см. При аускультации перистальтика кишечника удовлетворительная, выслушивается во всех отделах. Пальпация поясничных областей безболезненна, дизурии нет. Дефекации не было в течение суток.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план лечения для данной больной.

Эталоны ответов:

1. Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат
2. Антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения + производные нитроимидазола), детоксикационная терапия. При появлении признаков абсцедирования инфильтрата – оперативное лечение.

С62 ПК-3.3.2. Пациентка Р., 33 лет, обратилась с жалобами на распирающую боль в правой голени и бедре, повышение температуры тела до 38,8оС, отек правой голени и стопы. Состояние больной средней степени тяжести. Температура тела 38,1оС. В положении больной лежа и стоя на внутренней и задней поверхностях обеих голени имеются извитые подкожные вены с участками их расширения, кожа над ними не изменена. Правое бедро, голень и стопа отечны, кожа с цианотичным оттенком. Кожная температура на правой ноге выше по сравнению с левой. Пальпация в проекции поверхностных вен безболезненная. Пальпация икроножных мышц справа сопровождается болью.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз
2. Назначьте лечение диагностированной патологии

Эталоны ответов:

1. Илеофemorальный тромбоз
2. Производные диосмина (Детралекс), низкомолекулярные гепарины, препараты реологического действия, эластическое бинтование конечности, возвышенное положение конечности.

С63 ПК-3.3.3. Пациент 79 лет заболел остро 4 ч назад, когда возникла «кинжальная» боль в верхних отделах живота. При осмотре брюшная стенка в дыхании не участвует. Симптомы раздражения брюшины положительные в эпигастральной области и по правому фланку. При перкуссии печеночная тупость не определяется. От предложенной операции больной категорически отказывается.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой метод лечения показан больному?

Эталоны ответов:

1. Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией язвы и перитонитом.
2. Метод Тейлора – прекращение приема воды и пищи, постановка гастрального зонда и перманентная аспирация из желудка, выполнение лапароцентеза и дренирования брюшной полости.