

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.05.2026 12:08:09
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820137a66a7

Приложение к РПД

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и
пластической хирургии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.О.06 Хирургия**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Специальность: 31.08.60 –Пластическая хирургия

Квалификация: Врач-пластический хирург

Фонд оценочных средств по дисциплине «Хирургия» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.60 – Пластическая хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 547 от 10.06.2022 и Профессионального стандарта «Врач – пластический хирург», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 482н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Ученая степень	Ученое звание	Должность
1	Чернядьев Сергей Александрович	Доктор медицинских наук	Профессор	Заведующий кафедрой хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- Киршина Ольга Владимировна, д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, действительный член российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии (протокол № 8 от 27.04.2025 г.),
- методической комиссией специальности ординатура (протокол № 5 от 10.05.2025 г)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)
ДЕ- 1 Организация хирургической помощи в РФ	Организационные принципы функционирования хирургической службы РФ. Организацию последипломного обучения врачей. Врачебно-трудовую экспертизу и реабилитацию больных. Вопросы врачебной этики и деонтологии в деятельности врача. Правовые основы здравоохранения. Основы медицинского страхования.	Правильно провести врачебно-трудовую экспертизу и реабилитацию больных хирургического профиля, согласно нормативным документам. Применять врачебную этику и деонтологию в профессии врача.	Навыками проведения врачебно-трудовой экспертизы.	УК-1
ДЕ- 2 Общие вопросы клинической хирургии	Асептику и антисептика в хирургии. Технику выполнения хирургической операции. Особенности течения послеоперационного периода в разных возрастных периодах. Методы обследования хирургических больных. Принципы лечения хирургических больных.	Применять в хирургической практике асептику и антисептику. Выполнять основные хирургические операции при различных хирургических заболеваниях. Выполнять различные методы обезболивания в хирургической практике. Правильно и адекватно назначить лечение хирургическим больным	Навыками по хирургической обработке рук и операционного поля, послеоперационной раны, техникой перевязок. Навыками по технике проведения основных хирургических заболеваний. Навыками наложения различных видов хирургических швов и узлов. Навыками по обследованию больных хирургического профиля.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5
ДЕ- 3 Частные вопросы хирургии органов брюшной полости	Основные вопросы характеристики болей. Желудочно-кишечные кровотечения:	Провести интерпретацию болей. Провести операции по остановку	Навыками по диагностике желудочно-кишечного кровотечения,	УК-1, ОПК-4, ОПК-5

	<p>принципы диагностики, клиника, лечение. Механическая желтуха: клиника, диагностика, лечение. Механическая кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение. Обтурационная кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение. Странгуляционная кишечная непроходимость: клиника, диагностика, лечение. Предоперационный период и послеоперационный период больных с острой кишечной непроходимостью.</p>	<p>желудочно-кишечных кровотечений. Повести операции при механической, обтурационной, странгуляционной кишечной непроходимости.</p>	<p>механической, обтурационной, странгуляционной кишечной непроходимости. Навыками по технике проведения операций желудочно-кишечного кровотечения, механической, обтурационной, странгуляционной кишечной непроходимости, резекции кишечника.</p>	
<p>ДЕ- 4 Частные вопросы сосудистой хирургии</p>	<p>Атеросклероз артерий. Облитерирующий артериит и атеросклероз. Артериальные тромбозы и эмболии. Эмбологенные заболевания. Заболевания вен нижних конечностей. Тромбоэмболия легочной артерии. Недостаточность лимфатической системы. Этиология, клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение, подготовка к операции и послеоперационный период, реабилитация больных.</p>	<p>Правильно диагностировать у больного сосудистую патологию. Правильно оказать неотложную помощь больному с хирургической патологией сосудистой системы. Назначить адекватное лечение больному с сосудистыми заболеваниями.</p>	<p>Навыками проведения эндартерэктомии, резекция артерии с последующим протезированием, шунтированием сосудов. Навыками к готовности по оказанию неотложной помощи больному с острыми сосудистыми заболеваниями. Навыками диагностики хирургических больных с сосудистыми заболеваниями.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>
<p>ДЕ- 5 Хирургическая инфекция</p>	<p>Активное хирургическое лечение гнойных ран. Лечение обширных ран в</p>	<p>Уметь адекватно и вовремя оценить хирургическую</p>	<p>Навыками по обработке гнойных ран. Навыками по профилактике</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>

	<p>управляемой абактериальной среде. Особенности течения раневого процесса. Лечение ран различной этиологии. Антибиотики, противогрибковые средства, антитуберкулезные препараты, противовирусные средства, противопаразитарные агенты. Эпидемиологический режим в хирургических отделениях. Анаэробные инфекции. Сепсис. Столбняк. Нозокомиальная и оппортунистическая инфекции.</p>	<p>инфекцию. Назначить, в зависимости от стадии раневого процесса, адекватное лечение и обработку гнойных ран. Правильно оформлять документацию при выявлении особоопасных инфекций.</p>	<p>хирургической инфекции в стационаре. Навыками по ведению хирургических операций больным с гнойными ранами. Навыками по постановке антистолбнячной сыворотки.</p>	
<p>ДЕ-6 Эндоскопическая хирургия</p>	<p>Показания и противопоказания к использованию эндоскопических методик в хирургии. Техника безопасной лапароскопии. Ошибки и опасности в эндоскопической хирургии.</p>	<p>Провести диагностическую лапароскопию. Своевременно диагностировать осложнения после эндоскопической операции. Правильно выставить показания и противопоказания к эндоскопической операции.</p>	<p>Навыками по технике проведения диагностической и лечебной лапароскопии.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>

2. Аттестационные материалы

Оценка теоретической подготовки ординатора проводится преподавателем на основании результатов тестирования, решения ситуационных задач, опроса. По практическим навыкам в 1 семестре сдается зачет с оценкой, во 2 семестре - экзамен, во время которых оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики и лечения больного.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. До экзамена допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

Этапы проведения экзамена:

- 1) оценка навыков и умений;
- 2) тестовый контроль;
- 3) решение ситуационной задачи.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение длин конечностей);
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных и лучевых (рентген, КТ, МРТ) методов исследования;
- неотложная помощь при хирургических заболеваниях: местное обезболивание, пункции суставов, различные виды хирургических швов, оперативных пособий при самых распространенных хирургических заболеваниях, методики остановки кровотечений, внутривенная инфузия, плевральная пункция и дренирование плевральной полости, пункция мочевого пузыря.
- выполнение мероприятий базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации.

Демонстрация практических навыков позволяет оценить у ординатора способность и готовность выполнять в профессиональной деятельности трудовые функции/действия в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Врач – пластический хирург».

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 20 до 100 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

В тестовом задании на экзамене ординатору задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 3-5 предложенных.

Полная база тестовых вопросов включает в себя 1000 вопросов.

Примеры тестовых заданий

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1.Определение раневого процесса

a. сложный комплекс биологических реакций организма, развивающийся в ответ на повреждение тканей

*b.сложный комплекс биологических реакций организма, развивающийся в ответ на повреждение тканей и направленных на их заживление

c.сложный комплекс биологических реакций организма, развивающийся в ответ на повреждение тканей или нарушение целостности кожного покрова и направленных на их заживление

d.сложный комплекс биологических реакций организма, направленных на их заживление

2.Вторичные некрозы возникают

a.в результате прямого действия механической травмы

b.в связи с возникновением нагноительного процесса

c.в результате прямого воздействия микробных токсинов в зоне повреждения

*d.в результате нагноительного процесса и действия ряда повреждающих факторов воспаления

3. Тип заживления ран

a.без натяжения

*b.под струпом

c.третичным натяжением

d.вторичный струп

4. В фазу грануляции применяются

- *а. жирорастворимые антибактериальные мази
- б. водорастворимые мази
- с. УЗ-кавитация
- д. индифферентные мази

5. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через

- а. нагноение
- б. струп
- с. грануляции
- *д. все указанное
- е. ничего из указанного

6. Определение понятия панариций

- а. воспаление ткани пальца
- б. гнойное воспаление пальца и ногтя
- *с. гнойное воспаление тканей пальца
- д. гангрена тканей пальца

7. Паронихия – это

- а. подногтевой панариций
- б. сухожильный панариций
- *с. воспаление околоногтевого валика
- д. гнойное воспаление ногтя

8. Анестезия при хирургическом лечении панариция

- а. общий наркоз
- б. нейролептаналгезия
- с. местная анестезия
- *д. проводниковая анестезия

9. Современная классификация сепсиса (пересмотр 2016 года)

- а. SIRS, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок
- *б. сепсис, септический шок
- с. сепсис, тяжелый сепсис
- д. SIRS, сепсис

10. Диагностика сепсиса включает в себя

- а. отсутствие контроля за состоянием первичного очага
- б. оценка по шкале Глазго
- с. отсутствие органной дисфункции
- *д. прокальцитониновый тест

11. Регламент оперативных вмешательств у больных хирургическим сепсисом включает следующее

- *а. удаление очагов инфицированного некроза, дренирование гнойных полостей

- b.отграничение внутренних источников контаминации
- c.дренирование очагов инфицированного некроза
- d.хирургическая тактика необязательна

12.Хирургическая обработка очага инфекции

- a.в ранних стадиях некроза показана максимально радикальная тактика
- b.при неинфицированном некрозе иссечение тканей не показано
- *c.иссечение инфицированных некротических тканей должно выполняться только после адекватного раскрытия очага деструкции
- d.в ранних стадиях некроза показана активная хирургическая тактика

13.Показания к смене центрального венозного катетера

- a.плановая смена катетера
- *b.явные признаки локальной инфекции
- c.ухудшение тяжести состояния больного
- d.наличие септицемии

14.Критерии достаточности антибактериальной терапии сепсиса

- a.нормализация функции дыхательной системы
- *b.нормализация количества лейкоцитов крови и лейкоцитарной формулы
- c.снижение признаков системной воспалительной реакции
- d.развитие пареза ЖКТ

15. По характеру содержимого брюшной полости перитонит подразделяют

- *a.гнойный перитонит
- b.асептический перитонит
- c.физический перитонит
- d.септический перитонит

16.Деструктивные формы аппендицита являются причиной развития перитонита:

- a.первичного
- *b.вторичного
- c.третичного

17.Задачи оперативного вмешательства при перитоните

- *a.устранение источника перитонита
- b.удаление большого сальника
- c.удаление малого сальника
- d.интраоперационная санация без установления источника перитонита

18. Устранение источника перитонита

- а. максимально радикальное удаление источника перитонита с последующим удалением большого сальника
- б. объём операции не соотносится с функциональными возможностями больного
- с. общепринятый доступ - контрапертурные разрезы передней брюшной стенки
- *д. общепринятый доступ - срединная лапаротомия

19. При невозможности радикального удаления источника перитонита применяют

- *а. экстраперитонеализация
- б. активное дренирование
- с. пассивное дренирование
- д. ушивание брюшной полости

20. Для промывания брюшной полости используют

- а. изотонический раствор Рингера с антибиотиками
- б. раствор фурацилина 1:5000 и 5% раствор глюкозы
- с. 0,2% раствор хлоргексидина биглюконата
- *д. физиологический раствор

21. Способы завершения операции при перитоните

- а. ушивание операционной раны
- *б. лапаростомия
- с. дренирование брюшной полости обязательно
- д. повторные санация брюшной полости не показаны

22. В структуру абдоминального сепсиса входит

- а. каловый
- б. мочевого
- *с. холангиогенный
- д. геморрагический

23. Какой уровень прокальцитонина в крови, определенный экспресс-методом, характерен для тяжелого сепсиса

- а. менее 0,5 нг/мл
- б. от 0,5 до 2 нг/мл
- *с. от 2 до 10 нг/мл
- д. более 10 нг/мл

24. Показание к программируемым санационным релапаротомиям

- *а. распространенный гнойный, каловый перитонит, признаки анаэробного инфицирования
- б. тяжесть состояния пациента
- с. интраоперационная санация
- д. завершение оперативного вмешательства установлением дренажей

25. Системы интегральной оценки тяжести состояния больного с хирургической инфекцией

- *a. SOFA
- b. SEAP
- c. JINA
- d. PSA

26. Концентрация прокальцитонина в плазме крови в норме

- a. менее 0,01 нг/мл
- *b. менее 0,1 нг/мл
- c. менее 0,5 нг/мл
- d. менее 1 нг/мл

27. Максимальная чувствительность среди параметров SIRS

- a. прокальцитонин
- b. СРБ
- *c. t° тела
- d. лейкоциты

28. Преимущества программируемых санационных релапаротомий

- a. неполноценная санация брюшной полости
- *b. своевременная диагностика и коррекция внутрибрюшных осложнений
- c. длительная интубация
- d. длительной катетеризация сосудов

29. Коррекция нарушений функций ЖКТ

- *a. восстановление моторики кишечника
- b. гемодилюция
- c. плазмосорбция
- d. раннее назначение диеты ОВД

30. Медиастенит – это

- a. воспаление фасций средостения
- *b. воспаление клетчатки средостения
- c. воспаление органов средостения
- d. воспаление всех структур средостения

31. Стадии медиастенита

- a. стадия первичного отека
- *b. серозного медиастинита
- c. стадия мнимого благополучия
- d. стадия вторичного отека

32.Лечение медиастенита

а.консервативная терапия

*b.вскрытие и адекватное дренирование воспалительного очага

с.вскрытие и некрэктомия

d.консервативная терапия, в случае отсутствия эффекта в течение 2 недель -
оперативное пособие

33.Гнойный процесс при воспалении забрюшинной клетчатки не может
распространяться

а.кзади

b.кверху

*с.латерально

d.книзу

34.Лечение флегмон забрюшинного пространства

*а.двусторонних разрезов для широкого дренирования клетчатки

b.пункционного дренирования клетчатки

с.контрапертурных разрезов с дренированием раны

d.вскрытия и некрэктомии клетчатки

35.К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы

а.Воскресенского (рубашки)

b.Щёткина-Блюмберга

*с.все названные симптомы

d.ни один из них

36.Клинически острый аппендицит может быть принят за

а.сальпингит

b.острый холецистит

с.дивертикулит Меккеля

*d.любую из этих патологий

37.Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней
пневмонией и острым аппендицитом нужно учитывать всё, кроме

а.данных аускультации органов дыхания

b.данных лапароскопии

с.данных рентгеноскопии органов грудной клетки

*d.данных термографии

38.Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных
заболеваний, кроме

а.перфорации дивертикула Меккеля

- b. деструктивного аппендицита
- *c. стеноза большого дуоденального соска
- d. Рихтеровского ущемления грыжи

39. Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, часто применяемый в послеоперационном периоде

- a. дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией
- b. гемосорбция
- c. гемосорбция
- *d. санационная релапаротомия

40. Пилефлебит – это тромбофлебит

- a. селезеночной вены
- b. нижней брыжеечной вены
- c. вен брыжейки червеобразного отростка
- *d. воротной вены

41. Признаком поддиафрагмального абсцесса по данным рентгенографии легких является

- a. пневмоторакс
- b. шаровидная тень в корне правого легкого
- *c. экссудативный плеврит справа
- d. расширение тени сердца

42. Панкреатическая токсемия обусловлена

- a. трипсином
- b. брадикинином
- c. калликреином
- *d. всем перечисленным

43. В группу ХОЗАНК не входит

- a. болезнь Бюргера
- b. болезнь Рейно
- *c. болезнь Вегенера
- d. врожденные ангиодисплазии

44. Оперативное лечение ХОЗАНК не включает в себя следующий тип операций

- a. эндоваскулярные вмешательства
- b. обляционные операции
- c. реконструктивно-восстановительные операции
- *d. пластические операции

45. Механизм лечебного действия эластической компрессии при варикозной болезни

- a. улучшение кровоснабжения тканей
- *b. нормализация функции мышечно-венозной помпы

- c. стимуляция рубцевания варикозных узелков
- d. уменьшение притока крови к нижней конечности.

46. Склеротерапия – это

- a. введение венотоников в варикозно - расширенную вену
- *b. химическое разрушение внутренней стенки вены с последующим асептическим тромбофлебитом и облитерацией просвета вены
- c. химическая стимуляция рубцевания и пролиферации интимы вен с последующим образованием псевдоклапанов в вене
- d. введение эластозостимулирующих препаратов с последующей пластикой венозной стенки

47. По этиологии аневризмы подразделяются на

- a. невоспалительные
- *b. врожденные
- c. воспалительные
- d. хронические

48. В классификации аневризм по форме отсутствует следующая форма

- *a. овоидные
- b. шарообразные
- c. цилиндрические
- d. веретенообразные

49. Лечение аневризм

- a. консервативное
- *b. оперативное
- c. паллиативное
- d. выжидательная тактика

50. К Формам ПТБ не относится

- a. варикозно-язвенная.
- b. отечно-болевая.
- *c. отечно-варикозная.
- d. варикозная.

51. В триаду Вирхова не входят

- a. изменение физико-химического состава крови
- *b. патология тромбоцитов
- c. изменение сосудистой стенки
- d. замедление скорости кровотока

52. К стадиям раневого процесса не относится

- *a. фаза альтерации
- b. фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани
- c. фаза образование и реорганизация рубца

d.фаза сосудистых изменений и очищения раны

53.Что характерно для посттромбофлебического синдрома

- a.гиперпигментация кожи
- b.застойный дерматоз и склеродермия
- c.бледная «мраморная» кожа
- d.первичныйварикозповерхностных вен
- *e.верно 1) и 2)
- f.верно 3) и 4)

54.Проба на выявление клапанной недостаточности поверхностных вен

- a.проба Пратта 2
- *b.пробаТроянова-Тренделенбурга
- c.Маршевая проба Дельбе-Пертеса
- d.проба Берроу-Шейниса

55.Симптомы, характерные для локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей

- a.распирающие боли
- b.нормальная температура тела
- c.гиперемию кожи по ходу вены
- d.резкую болезненность при пальпации
- e.верно 1) и 2)
- *f.верно 3) и 4)

56.Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу тромбоза нижних конечностей

- *a.тромбоэмболия легочной артерии
- b.варикоз подкожных вен
- c.ишемическая гангрена стопы
- d.ишемический инсульт

57.Послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии

- a.сосудов головного мозга
- b.коронарных артерий
- *c.легочной артерии
- d.легочных вен
- e.артерий почек и печени.

58.В послеоперационном периоде для профилактики тромбоэмболических осложнений показано все, кроме

- a.антикоагулянтов

- b. дезагрегантов
- c. лечебной физкультуры
- *d. длительного постельного режима
- e. компрессионной терапии нижних конечностей

59. В отдаленном послеоперационном периоде для профилактики ТЭЛА у больного после флебэктомии не применяют

- *a. антибиотики
- b. дезагреганты
- c. антикоагулянты
- d. гемодилюцию
- e. компрессионную терапию нижних конечностей.

60. При долечивании в поликлинике до какого уровня необходимо компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии

- *a. верхней трети бедра
- b. нижней трети бедра
- c. подколенной области.
- d. стопы

61. Каким должен быть оптимальный уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии

- a. нет необходимости в бинтовании нижних конечностей
- b. только в зоне оперативного вмешательства
- c. от нижней трети голени по нижнюю треть бедра
- *d. от кончиков пальцев стопы по верхнюю треть бедра

62. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет

- a. 1 неделю
- b. 2 недели
- c. 3 недели
- *d. 1,5-2 месяца

63. При лечении тромбоза вен нижних конечностей не используют

- a. возвышенного положения конечности в постели
- b. антикоагулянтной терапии
- c. дезагрегантов
- d. компрессионной терапии
- *e. спазмолитики

64. Наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей

- a. трофическая язва голени
- *b. эмболия легочной артерии
- c. посттромботическая болезнь
- d. хроническая венозная недостаточность

65. На 10 сутки после флебэктомии противопоказано

- *а.бег с нагрузкой
- в.компрессионная терапия
- с.физиотерапевтическое лечение
- д.лечебная физкультура

66. Что не относится к симптомам варикозной болезни

- а.отеки дистальных отделов конечностей к вечеру
- *в.перемежающаяся хромота
- с.трофические расстройства кожи
- д.судороги по ночам
- е.видимое расширение подкожных вен

67. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу

- а.трехжгутовую (Шейниса)
- в.маршевую (Дельбе-Пертеса)
- *с.Троянова-Тренделенбурга
- д.Пратта-2

68. Что не рекомендовано в послеоперационном периоде для улучшения венозного оттока от нижних конечностей

- а.возвышенного положения конечности
- в.лечебной физкультуры
- *с.длительного постельного режима
- д.компрессионной терапии
- е.раннего вставания

69. На более поздних сроках посттромботической болезни появляются следующие симптомы

- а.расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
- в.отек в области лодыжек
- с.болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
- *д.трофическая язва
- е.подкожный варикоз нижних конечностей

70. Что не рекомендовано больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра

- а.непрямые антикоагулянты
- в.спазмолитики
- *с.ранние активные движения
- д.гемодилюцию

71. Что характерно для острого тромбоза

- *а. резкий отек и гиперемия нижней конечности
- б. аритмия
- с. отсутствие пульса на артериях стопы
- д. перемежающаяся хромота
- е. неустойчивый стул

72. При остром тромбофлебите поверхностных вен голени противопоказано

- а. постельный режим
- б. бутадиион
- с. компрессы с мазью
- *д. активная ходьба
- е. возвышенное положение конечности

73. Что следует отнести к характерным для илеофemorального тромбоза симптомам

- а. отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы
- б. отек голени и бедра, распирающие боли
- с. гиперемию и цианоз кожи бедра
- д. все вышеперечисленное верно
- *е. верно только б) и с)

74. Наиболее редкое осложнение варикозной болезни вен нижних конечностей

- а. экзематозный дерматит
- *б. тромбоз малоберцовой вены
- с. разрыв варикозного узла
- д. трофическая язва
- е. гиперпигментация

75. Противопоказанием для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей являются

- а. трофические расстройства кожи
- б. магистральная архитектоника вен
- *с. облитерирующие заболевания артерий
- д. ночные судороги

76. К варикозной болезни может привести все, кроме

- а. беременности
- б. статической нагрузки
- *с. облитерирующих заболеваний артерий
- д. непроходимости глубоких вен
- е. генетической предрасположенности

77. Что способствует прогрессированию варикозной болезни

- *а. нарушение клапанного аппарата вен
- б. нарушения свертывания крови
- с. патология артериального кровотока в конечности

- d.сердечная слабость
- e.патология водно-солевого обмена

78.Что не относится к методам временной остановки кровотечения из раны бедра

- a.прижатие питающего сосуда к кости
- b.тугая тампонада раны
- c.жгут на конечность
- d.наложение зажима в ране
- *e.наложение сосудистого шва

79.Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания

- *a.1 час
- b.2 часа
- c.3 часа
- d.4 часа

80.Что относится к характерным симптомам острой артериальной ишемии нижней конечности

- a.бледность кожи, похолодание кожи
- b.отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии
- c.периодические судороги в голени
- d.непостоянные боли в конечности
- *e.верно a) и b)
- f.верно c) и d)

81.Какие препараты можно не применять на догоспитальном этапе при острой артериальной ишемии нижней конечности

- a.спазмолитики
- b.гепарин
- *c.антибиотики
- d.кардиотропные

82.Какое лечение показано в первой стадии облитерирующего эндартериита

- a.симпатэктомия
- b.первичная ампутация
- *c.консервативная терапия
- d.реконструктивная операция на сосудах

83.Для какой стадии облитерирующего атеросклероза характерны боли в покое

- a.1 стадия
- b.2 стадия
- *c.3 стадия
- d.4 стадия

84.Синдромом Лериша – это

- *a.атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты

- b. капилляропатия
- c. аортоартериит
- d. мигрирующий тромбангиит
- e. окклюзия нижней полой вены

85. На какой стадии окклюдизирующего заболевания магистральных артерий показана первичная ампутация конечности

- a. 1 стадия
- b. 2 стадия
- c. 3 стадия
- *d. 4 стадия

86. При обследовании хирург не обнаружил у больного пульса на правой лучевой артерии. При каком заболевании это возможно

- *a. болезнь Такааясу
- b. тромбоз локтевой вены
- c. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей
- d. аортоартериит
- e. тромбангиит Бюргера

87. Не является методом лечения больного с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей следующее

- a. симпатэктомия
- *b. сафенэктомия
- c. протезирование артерии
- d. ампутацию конечности
- e. консервативное лечение

88. Что характерно для эмболии правой подколенной артерии

- *a. отсутствие пульсации на стопе
- b. отсутствие пульсации на правой бедренной артерии
- c. наличие пульсации на стопе
- d. розовые кожные покровы на стопе

89. Какой наиболее эффективный метод профилактики прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей

- a. соблюдение рационального режима труда и отдыха
- *b. компрессионная терапия нижних конечностей
- c. физиотерапевтическое лечение
- d. ограничение тяжелой физической нагрузки
- e. комплексная терапия вазопротекторами

90. При окклюдизирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей, (хронической артериальной ишемией) выявляется

- a. боль при движении в суставах конечностей
- *b. перемежающаяся хромота
- c. радикулит

- d. возникновение трофических язв в области коленных суставов
- e. сопутствующий тромбофлебит глубоких вен

91. Что рекомендовано для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей

- a. регулярное плавание
- b. компрессионную терапию нижних конечностей
- c. теплые термальные и плавательные бассейны
- d. препараты с венотоническим действием
- *e. все верно.

92. Что не типично для варикозного расширения вен нижних конечностей

- a. отеки
- b. гиперпигментация кожи нижней трети голени
- c. образование язв на голени
- *d. гиперпигментация кожи бедер
- e. дерматит

93. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются

- a. большеберцовые артерии
- b. подколенная артерия
- c. артерии пальцев
- *d. бедренная артерия
- e. подвздошные вены

94. При облитерирующем эндартериите в первую очередь поражаются

- *a. большеберцовые артерии
- b. подколенная артерия
- c. бедренная артерия
- d. подвздошная артерия
- e. аорта

95. С чем связано развитие одышки и кашля у больного с расслаивающей аневризмой аорты

- a. с застойными явлениями в легких
- *b. с давлением аневризмы на трахею
- c. со сдавлением возвратного нерва
- d. со сдавлением верхней полой вены

96. Что характерно для артериального давления при расслаивающей аневризме аорты

- *a. различается на правой и левой руке
- b. на руках выше, чем на ногах
- c. одинаковое на руках и на ногах
- d. различается на правой и левой ноге

97. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость – вплоть до обморока после приема пищи (особенно сладкой или молочной) являются признаками

- a. инсулиномы поджелудочной железы
- b. синдрома приводящей петли
- *c. демпинг - синдром
- d. пептической язвы анастомоза
- e. синдрома малого желудка

98. К пострезекционным синдромам не относится

- a. синдром малого желудка
- b. демпинг - синдром
- c. синдром приводящей петли
- *d. хронический колит

99. Экономная резекция желудка выполненная по поводу язвенной болезни чаще приводит к возникновению

- *a. демпинг - синдрома
- b. синдрома малого желудка
- c. пептической язвы анастомоза
- d. синдрома приводящей петли

100. Для демпинг – синдрома не характерно

- a. мышечная слабость
- b. головокружение
- *c. повышенный аппетит
- d. приливы
- e. потливость

Эталоны ответов

001 -в	034-б	067 - в,г,д	100-в
002 - г	035 - в,г	068 - в,г,д	
003 -б	036-б	069-а	
004-б	037 - б,г,д	070-д	
005-в	038-в	071-в	
006-а	039-д	072-г	
007-а	040-б	073-а	
008-б	041 -а	074 - б,в	
009 -б,в	042-б	075 - а,в,д	
010-а	043 - б,в	076-б	
011 - в,г,д	044-г	077-г	
012 - б	045-в	078-а	
013-б	046 - в,г,д	079-г	
014-в	047-б	080 - а,б	
015 - а,в	048-а	081 -б	
016-а	049-б	082 - г	
017 - а,в,г	050-г	083-а	
018-а	051 -а	084-а	

019-6	052-6	085-г
020-в	053-6	086-в
021 -в	054-а	087-6
022-6	055-а	088 - 6,8
023-а	056-в	089-6
024-6	057-г	090-а
025 - в,г	058-6	091 -6
026-а	059 - а,б	092 - в
027 - в,г	060-а	093-в
028 - б,в,д	061 –в	094-в
029-6	062-6	095-а
030-в	063-6	096-д
031 -в	064 - б,в	097 - а,б,в
032-а	065-в	098-а
033-а	066-а	099-6

2.3. Экзаменационные ситуационные задачи

Во время экзамена по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.60 – Пластическая хирургия.

Решение ситуационной задачи позволяет оценить умение ординатора анализировать информацию, выделить главные и второстепенные признаки болезни, правильно использовать терминологию, ставить диагноз, согласно действующих классификаций, МКБ, выбрать оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разработать план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента.

Примеры ситуационных задач:

ЗАДАЧА 1. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5, ПК-6)

Больная Д., 29 лет доставлена в приемный покой хирургии машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на боли внизу живота, сухость во рту, слабость.

Из анамнеза: Сутки назад появились тупые постоянные боли внизу живота, преимущественно справа, без иррадиации.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела = 37,6°С. Пульс = 100 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, в дыхании участвуют все отделы. Симптомы раздражения брюшины (Воскресенского, Менделя, Шеткина-Блюмберга) – положительные в правой подвздошной области.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр. = $3,2 \cdot 10^{12}/л.$, Нб = 128 г/л. Лейкоциты = $12 \cdot 10^9/л.$, СОЭ = 44 мм/час.

ОАМ: Уд. плотность = 1021; белок - отриц. Лейкоциты и пл. эпителий - ед. в п/зр., эритроциты до 3 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейкоциты = 2500 в 1 мл, эритроциты = 1500 в 1 мл.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обосновав его имеющимися в условии задачи сведениями.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условий задачи и диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 2. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Больная В., 29 лет, бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара с жалобами на боль внизу живота, больше справа, тошноту, изжогу, сухость во рту.

Из анамнеза: Боль появилась 12 часов назад с эпигастральной области, затем переместилась вниз живота, больше справа, была 2-х кратная необильная рвота, не приносящая облегчения. Больная страдает хроническим гиперацидным гастритом с сезонными обострениями в течение 5 лет.

Объективно: Общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 88 уд/мин. Т- 37,6 С. АД - 125/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной и правой подвздошной областях. Печень - не увеличена, безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомы Ровзинга, Ситковского-сомнительные, симптом Бартомье-Мехельсона, Образцова положительные. Стула не было в течение суток. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненная. Дизурических явлений нет.

Результаты лабораторно-инструментального исследования:

ОАК: Нв- 129 г/л; Эр- 5,5*10¹²/л; Нт- 37%; ЦП - 1,0; СОЭ - 18 мм/ч; Л- 16,8*10⁹/л; Э- 2, П- 9, С- 57, ЛФ- 30, М- 2.

ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; УВ - 1018; сахар- отрицательный; белок- отрицательный; Л- 2-3 в п/зр; эпителий- 1-2 в п/зр.

Биохимическое исследование крови: общий белок - 82 г/л; общий билирубин- 14,4 мкмоль/л; ЩФ - 170 IU/L; L-амилаза - 148 U/L; ALT- 0,5 ммоль/л; AST - 0,7 ммоль/л; мочевины - 6,8 ммоль/л; креатинин- 78 ммоль/л; К- 4,2 ммоль/л; Na- 138 ммоль/л; Cl- 106 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обосновав его имеющимися в условии задачи сведениями.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условий задачи и диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 3. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Больная К., 24 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в хирургическое отделение с жалобами на боли внизу живота, тенезмы, учащенное мочеиспускание, повышение Т до 37,8-38,0С.

Из анамнеза: По поводу острого гангренозного аппендицита, местного серозного перитонита больной 9 дней назад была выполнена аппендэктомия, дренирование малого таза. Дренажная трубка удалена через 2 дня. Через 4 дня после операции стала повышаться Т до 37,6С., появилось учащенное мочеиспускание, тенезмы. Больная выписана через 7 дней после операции. Сняты швы - заживление первичным натяжением. В течении последующих 2-х дней по вечерам сохранялась Т до 37,8-38 0С., тенезмы и дизурия.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, чистые. ЧСС - 92 уд/мин., Т- 37,6 0С. АД - 130/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот округлой формы, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в гипогастрии. Симптомов раздражения брюшины отрицательные. Печень - не увеличена, безболезненная. Был разовый жидкий стул. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненные. Сохраняется дизурия. При ректальном исследовании определяется болезненность на высоте пальца, при этом пальпируется плотный болезненный инфильтрат в малом тазу.

Результаты лабораторно-инструментального исследования:

ОАК: Нб- 129 г/л; Эр- $5,1 \cdot 10^{12}$ /л; Нт- 34%; ЦП - 1,0; СОЭ - 26 мм/ч; Л - $18,7 \cdot 10^9$ /л; Э - 1, П - 12, С - 57, ЛФ - 26, М - 4.

ОАМ: цвет соломенно-желтая; прозрачная; реакция - кислая; 1014; глюкоза- отрицательный; белок отрицательный; Л - 2-3 в п/зр; эпителий -1-2 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок - 82 г/л; общий билирубин- 12,4 мкмоль/л; ЩФ - 166ед; АЛТ- 0,4 мкмоль/л; АСТ- 0,5 мкмоль/л; мочевины-8,5 ммоль/л, креатинин- 78 ммоль/л; Na - 128 ммоль/л; Cl- 106 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обосновав его имеющимися в условии задачи сведениями.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условий задачи и диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 4. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Больной Ж., 62 лет, пенсионер, поступил в приемное отделение с жалобами на резкие боли в левой нижней конечности. Также беспокоит одышка при минимальных физических нагрузках.

Из анамнеза: Резкие боли, похолодание, чувство онемения левой нижней конечности появились внезапно за сутки до поступления.

Объективно: Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бедра бледные, с мраморным рисунком, холодные на ощупь. Сохранены только пассивные движения в пальцах стоп и голеностопном суставе. Пульсация определяется только на бедренной артерии. Правая нижняя конечность без особенностей, пульсация сохранена на всех уровнях. Дыхание затруднено. ЧД = 26 в 1 минуту. Аускультативно: дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Сердца – тоны глухие, ритм правильный. Пульс = 102 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации безболезненный. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11,5(1,5)×9,5×9 см и 6/4 см соответственно.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК : Эр = $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Нб = 122 г/л. Лейкоциты = $6,2 \cdot 10^9$ /л. СОЭ = 12 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый, 104 в 1 мин.; остроконечные R_{II}, III, aVF высотой 3 мм. Глубокие зубцы S_{V5, V6}. R_{V5, V6} = S_{V5, V6}.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 6,8 ммоль/л, триглицериды = 2,6 ммоль/л.

УЗДГ сосудов нижних конечностей: лодыжечно-брахиальный индекс = 0,8.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обосновав его имеющимися в условии задачи сведениями.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условий задачи и диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА 5. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Мужчина, 68 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на боли в животе разлитого характера.

Из анамнеза: 2 часа назад внезапно появились резкие боли в животе, в последующем присоединилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Известно, что пациент страдает ИБС: фибрилляцией предсердий. По поводу данного заболевания терапию, назначенную кардиологом не получал.

Объективно: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Выраженная мраморность кожного покрова. Пульс 97 в минуту, аритмичный. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и мезогастррии, кишечные шумы вялые,

симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании – на перчатке кал обычного цвета с примесью крови.

Результаты лабораторно-инструментального обследования:

ОАК: Эр = $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нб = 130 г/л. Лейкоциты = $23,0 \times 10^9$ /л. СОЭ = 12 мм/час.

ОАМ: цвет сол. - желтый, белок – отр., сахар – отр., лейкоц. - отр., эпителий – отр.

Биохимическое исследование крови: Сахар = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 7,8 ммоль/л, триглицериды = 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: Зубцы Р отсутствуют, регистрируются волны f с частотой 400 в 1 мин. Интервалы RR нерегулярные, частота комплексов QRS 97 в 1 мин.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз, обосновав его имеющимися в условии задачи сведениями.
2. Какие лабораторные и/или инструментальные исследования необходимо провести для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики? Дайте убедительную аргументацию необходимости каждого дополнительного исследования.
3. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены, исходя из условий задачи и диагноза?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Технологии и критерии оценивания

За период изучения дисциплины «Хирургия» предусмотрен зачет с оценкой в 1 семестре, экзамен во 2 семестре. Промежуточная аттестация проводится в виде клинического разбора больного, во время которого оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики и лечения, и тестового контроля. По результатам испытаний выставляется оценка или «зачтено».

3.1. Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки госпитализации больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем экзаменуемый проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

3.2. Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

3.3. Критерии оценки этапов клинического разбора больного, решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.