

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Астраханский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФАКУЛЬТЕТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ПРИНЯТО»

Ученым советом ФГБОУ ВО
Астраханский ГМУ Минздрава России

Протокол № 9

от «26» мая 2021 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор ФГБОУ ВО
Астраханский ГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор О.А. Башкина

«26» мая 2021 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
"ХИРУРГИЯ"

(срок обучения 576 академических часов; 16 недель)

По специальности: Хирургия
наименование специальности

Трудоемкость: 576 академических часов

Форма освоения: очное

Документ о квалификации: диплом о профессиональной переподготовке

Астрахань 2021г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
"ХИРУРГИЯ"**

обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургических болезней
последипломного образования с курсом колопроктологии
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № 8 от 12 мая 20 21 г.

Заведующий кафедрой
хирургических болезней
последипломного образования
с курсом колопроктологии д.м.н., доцент Костенко Н.В. Костенко

Программа рекомендована к утверждению рецензентом:

Зурнаджьянц В.А. д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой хирургических болезней
педиатрического факультета
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ
Минздрава России.

подпись _____

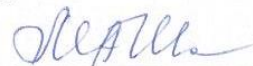


**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
"ХИРУРГИЯ"**

(срок обучения 576 академических часов; 16 недель)

Согласовано:

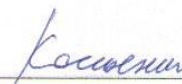
Проректор по последипломному образованию
ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ"
Минздрава России, д.м.н., профессор



М. А. Шаповалова

Разработчики:

Заведующий кафедрой
хирургических болезней
последипломного образования
с курсом колопроктологии
ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ"
Минздрава России, д.м.н., доцент



Н.В. Костенко

Доцент кафедры
хирургических болезней
последипломного образования
с курсом колопроктологии
ФГБОУ ВО "Астраханский ГМУ"
Минздрава России, к.м.н.



А.М. Кушалаков

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Специальность «Хирургия» утверждена приказом Минздрава России от 07.10.2015 №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование», зарегистрированный в Минюсте России 12.11.2015 года.

для категорий специалистов хирургов, трудовая деятельность которых согласно действующему законодательству может быть продолжена после повышения квалификации по программам трудоемкостью более 500 часов, предусмотрена следующая форма послевузовской профессиональной подготовки по хирургии: программа повышения квалификации «Хирургические болезни: оказание помощи в амбулаторных и стационарных условиях», очная форма 4 месяца - 576 часов

Предусмотрено дальнейшее непрерывное повышение квалификации в течение всей профессиональной деятельности стажированного специалиста-хирурга, осуществление многовариантных по форме и продолжительности видов последипломного усовершенствования. Основной формой этого этапа является сертификационный (аттестационный) цикл. Согласно существующим положениям обучение на сертификационном цикле врача-специалиста осуществляется не реже, чем один раз в пять лет. Другие формы усовершенствования: циклы тематического усовершенствования, обучающие школы, школы семинары предназначены для повышения квалификации в каком-либо узком направлении хирургии.

Цель: приобретений компетенций квалифицированного врача специалиста-хирурга, владеющего обширным объемом теоретических знаний; способного успешно решать профессиональные задачи; умеющего провести дифференциально-диагностический поиск; оказать в полном объеме медицинскую помощь; провести все необходимые профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья больного.

Основные задачи:

1. Повышение уровня знаний по основным разделам хирургии, избранным вопросам смежных дисциплин.
2. Расширение объёма практических навыков и умений, позволяющих оказывать лечебно-диагностическую помощь в экстренной хирургии при наиболее часто встречающейся патологии.
3. Освоение вопросов организации хирургической помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частных заболеваний и осложнений в хирургии, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.

Исходный уровень знаний обучающихся:

Знать:

1. Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся неотложных и плановых хирургических заболеваний.
2. Клиническую картину этих заболеваний и их осложнений.
3. Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.
4. Способы лечения, показания к их применению.
5. Деонтологические аспекты в хирургии.

Быть ознакомлены:

1. С вопросами организации в России специализированной помощи больным хирургическими заболеваниями.
2. С вопросами диспансеризации больных, реабилитации после операций, оценкой трудоспособности.
3. С проводимыми в нашей стране и за рубежом научными поисками, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний.

Уметь:

1. Собрать анамнез, проводить общеклиническое обследование больных с хирургическими заболеваниями. Анализировать данные общеклинического обследования.
2. Составить план применения лабораторных и инструментальных методов исследования больного. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
3. Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза.
4. Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению.
5. Выполнять предусмотренные квалификационной характеристикой врачебные хирургические операции и манипуляции.

**Характеристика компетенций врача, подлежащих
совершенствованию и приобретению в результате освоения Программы**

У обучающегося совершенствуются следующие общепрофессиональные компетенции (далее - ОПК):

- способность и готовность использовать нормативную документацию, принятую в сфере охраны здоровья (законодательство Российской Федерации, клинические рекомендации и клинические протоколы, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций (ОПК-1);

- способность и готовность использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию геронтологической медицинской помощи пожилым людям, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам (ОПК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

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

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

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

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Характеристика новых профессиональных компетенций врача, формирующихся в результате освоения Программы

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на формирования у пациентов, членов семей и коллективов мотивации на профилактическое обследование органов ЖКТ, соблюдение норм гигиены питания в целях профилактики возникновения и развития заболеваний хирургического профиля (ДПК-1);

диагностическая деятельность:

способность определять показания к проведению КТ и МРТ при обследовании больных хирургического профиля, а также использовать их результаты в выборе индивидуализированной лечебной программы (ДПК-2)

лечебная деятельность:

способность и готовность использовать видеоэндоскопические и малоинвазивные методы лечения заболеваний хирургического профиля (ДПК-3)

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В соответствии с требованиями специальности врач-хирург должен знать и уметь:

1. Общие знания

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации хирургической помощи в стране, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому населению и детям;
- топографическую анатомию основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, нижних конечностей); анатомические особенности детского возраста;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии при хирургической патологии; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления;
- основы водно-электролитного обмена:
- кислотно-щелочной баланс;
- возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых;
- патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику, терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса;

- физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов;
- общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования хирургического больного;
- вопросы асептики и антисептики в хирургии;
- принципы, приемы и методы обезболивания в хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей;
- основы фармакотерапии при хирургических заболеваниях, включая общее и местное применение антибиотиков, гормонотерапию;
- основы иммунологии, микробиологии;
- основы рентгенологии и радиологии;
- клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение;
- клиническую симптоматику "пограничных" заболеваний в хирургической клинике (урология, акушерство и гинекология, инфекционные болезни);
- принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, диспансеризации и реабилитации хирургических больных;
- применение физиотерапии, лечебной физкультуры;
- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- основы рационального питания здорового организма, принципы диетотерапии у хирургических больных, в первую очередь при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде;
- оборудование операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;
- принципы организации и проведения диспансеризации населения;
- экономические вопросы хирургической службы;
- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии;
- формы и методы санитарно-просветительной работы.

2. Общие умения

- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
- оценить тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий;
- оказать необходимую срочную первую помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, иммобилизация конечности при переломе, остановка кровотечения, перевязка и тампонада раны, промывание желудка при отравлении, срочная трахеостомия при асфиксии);
- определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, эндоскопических и др.), организовать их выполнение и дать правильную интерпретацию результатов;
- определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного;
- провести дифференциальную диагностику основных хирургических заболеваний у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушений гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма больного к операции;

- определить группу крови, провести пробы на совместимость и выполнить внутривенное переливание крови, выявить возможные трансфузионные реакции и осложнения и провести борьбу с ними;
- обосновать наиболее целесообразную тактику операции при данной хирургической патологии и выполнить ее в необходимом объеме;
- обосновать методику обезболивания и, при необходимости, выполнить его;
- разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений;
- решить вопрос о трудоспособности больного;
- оформить необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными;
- составить отчет о своей работе и провести анализ ее эффективности.

3. Специальные знания и умения

Специалист-хирург должен знать профилактику, диагностику, клинику и лечение и уметь диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих заболеваниях и состояниях:

- травматический шок;
- острая кровопотеря;
- острая сердечная и дыхательная недостаточность;
- острый токсикоз, включая синдром длительного раздавливания.

Неотложная хирургия:

- острый аппендицит;
- перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки;
- острое гастродуоденальное кровотечение;
- ущемленная пупочная, бедренная и паховая грыжа;
- острая кишечная непроходимость;
- тромбоз мезентериальных сосудов;
- перитонит;
- острый холецистит;
- острый панкреатит;
- острая артериальная непроходимость;
- мочекаменная болезнь с обструкцией мочевыводящих путей, острое воспаление придатков матки, нарушенная и внематочная беременность.

Плановая хирургия:

- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- хронический аппендицит;
- грыжи живота;
- хронический холецистит, желчнокаменная болезнь;
- заболевания пищевода и диафрагмы;
- дисгормональные заболевания молочной железы;
- заболевания щитовидной железы: эндемический зоб и реотоксикоз;
- геморрой; острый парапроктит, параректальные свищи;
- варикозное расширение вен и постфлебитический синдром.

Онкология:

- рак желудка;
- опухоли ободочной кишки;
- рак прямой кишки;
- рак молочной железы;
- рак легкого;

- доброкачественные опухоли кожи, клетчатки, соединительной ткани, мышечной, сосудистой и нервной ткани.

Сочетанная травма:

- травма черепа; закрытые и открытые повреждения головного и спинного мозга; переломы позвоночника;
- закрытая и открытая травма груди; открытый и закрытый гемопневмоторакс, напряженный пневмоторакс, тампонада сердца;
- повреждения и ранения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Гнойная хирургия:

- сепсис: клиника, диагностика, лечение (в том числе перитонеального);
- гнойные маститы;
- гнойные воспаления кожи и подкожной клетчатки (фурункул, карбункул и лимфаденит);
- гематогенный и травматический остеомиелит;
- гнойные заболевания кисти и пальцев;
- гнойные заболевания легких и плевры (абсцессы и гангрена, бронхоэктазы, эмпиема плевры);
- специфическая и анаэробная инфекция (столбняк, газовая гангрена), неклостридиальная анаэробная инфекция;
- кишечные свищи.

Специалист хирург должен знать клинику, диагностику, профилактику и лечение основных заболеваний;

- сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, нарушения ритма сердца, застойная недостаточность при пороках сердца, кардиосклероз и миокардиопатии);
- легких (отек легких, острый бронхит и пневмония, хронический плеврит, бронхиальная астма, инфаркт легкого, хроническая дыхательная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей);
- желудочно-кишечного тракта (эзофагит, гастрит, послеоперационные заболевания желудка, хронические энтериты и колиты, гепатит, панкреатит и холецистит);
- мочевыделительной системы (гломерулонефрит, острая и хроническая почечная недостаточность, пиелонефрит, почечнокаменная болезнь);
- эндокринной системы и нарушений обмена веществ (токсический зоб, тиреотоксический криз, сахарный диабет, диабетическая и гипогликемическая кома, острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, алиментарно- конституциональное ожирение);
- системы кроветворения (лейкозы, железодефицитная и В-12 фолиево-дефицитная анемия, геморрагический васкулит, тромбоцитопеническая пурпура);
- костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматизм и ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, остеохондроз, остеоартроз, подагра, склеродермия, узелковый периартрит);
- профессиональных заболеваний и жизнеопасной лекарственной патологии, вызывающей анафилактический шок, отек Квинке, сывороточную и лекарственную болезнь, кандидамикоз и дисбактериозы кишечника.

4. Операции и манипуляции:

- первичная хирургическая обработка ран;
- наложение сосудистого шва;
- экстренная торакотомия и лапаротомия; ушивание открытого пневмоторакса; ушивание ран легкого и сердца;
- декомпрессионная трепанация черепа;
- ушивание ран и резекция кишки при повреждениях кишечника и брыжейки, - ушивание ран печени, спленэктомия;
- дренирование плевральной, брюшной полостей и средостения;

- аппендэктомия при остром и хроническом аппендиците;
- грыжесечение при плановой и ущемленной паховой, бедренной или пупочной грыже;
- холецистэктомия и холецистостомия при остром холецистите;
- ушивание перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки;
- наложение гастростомы и колостомы;
- удаление геморроидальных узлов;
- трахеостомия и трахеотомия;
- удаление инородных тел из мягких тканей;
- вскрытие гнойников: абсцесса, флегмоны, парапроктита, панариция и др.;
- обработка термических ожогов всех степеней;
- остановка кровотечения при повреждениях магистральных сосудов; временное шунтирование артерий;
- операция при нарушенной внематочной беременности;
- удаление поверхностно расположенных доброкачественных опухолей мягких тканей;
- пункция плевральной полости, перикарда, брюшной полости и крупных суставов;
- транспортная иммобилизация при повреждениях конечностей и позвоночника;
- вправление вывихов;
- паранефральная, вагосимпатическая и регионарная блокада;
- катетеризация и надлобковая пункция мочевого пузыря, эпицистостомия;
- наложение гипсовых повязок при различной локализации переломов и других повреждениях.

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕ СПЕЦИАЛИСТЕ- ХИРУРГЕ

Специалист-хирург - врач с высшим медицинским образованием, имеет юридическое право оказывать специализированную хирургическую помощь.

Должность специалиста-хирурга выполняет врач, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший соответствующий документ о прохождении первичной специализации. Подготовка врача специалиста-хирурга осуществляется в медицинских вузах, академиях и университетах, а также на факультетах дополнительного профессионального образования.

Врач специалист-хирург оказывает помощь:

- в государственных медицинских учреждениях (поликлиника, больница, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.);
- в негосударственном медицинском учреждении;
- в порядке частной практики.

Может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Врач специалист-хирург осуществляет самостоятельный амбулаторный прием и посещение на дому, оказывает неотложную и скорую помощь в необходимом объеме, самостоятельно дежурит по приемному и хирургическому отделению, проводит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействует в решении медико-социальных проблем.

Врач специалист-хирург руководствуется законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья населения и оказания хирургической помощи.

Контроль над деятельностью врача специалиста-хирурга проводится в установленном порядке органами здравоохранения по месту работы врача.

Функциональные обязанности врача специалиста хирурга.

Основной обязанностью является оказание квалифицированной хирургической помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска хирургических и онкологических заболеваний.

Проведение динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления.

Оказание срочной и неотложной помощи при хирургической патологии, острых и неотложных состояниях, угрожающих жизни и здоровью пациентов.

Своевременное консультирование и госпитализация больных в установленном порядке.

Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем квалификационной характеристики.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с Инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭ.

Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации.

Проведение научных исследований по полученной специальности.

Права врача специалиста хирурга.

Врач специалист хирург имеет право:

Заключать договора на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с органами и предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законодательством порядке.

Получать заработную плату за медицинские услуги, предусмотренные условиями контракта.

Вносить предложения по вопросам улучшения хирургической помощи.

Систематически (не реже 1 раза в 5 лет) повышать свою квалификацию в системе послевузовского профессионального образования.

Проводить в установленном порядке экспертизу качества оказания хирургической помощи пациентам.

Привлекаться в качестве эксперта при рассмотрении жалоб, заявлять иски, требования в суде, арбитраже и отвечать по ним.

Ответственность врача специалиста хирурга.

Врач специалист - хирург несет ответственность в пределах своих прав за самостоятельно принимаемые решения, выполняемые операции и другие лечебно-диагностические манипуляции. За противоправные действия или бездействия, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациентов, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПОДГОТОВКИ НА СЕРТИФИКАЦИОННОМ ЦИКЛЕ

Срок обучения – 16 недель (576 часов)

Режим занятий – 6 часов в день

№ п/п	Наименование разделов	Всего Часов	Лек-ции	Семи-нары	Практ. заня-тия	Форма контроля
	Организационно-правовые основы деятельности врача-хирурга	12	4	-	8	текущий
	Неотложная хирургия	72	12	12	48	текущий
	Плановая хирургия	36	12	6	18	текущий
	Амбулаторная хирургия	72	12	12	48	текущий
	Гнойная хирургия	24	6	4	14	текущий
	Вопросы колопроктологии в практике хирурга.	36	12	6	18	текущий
	Ранняя диагностика ЗНО	12	4	-	8	текущий
	Медицина катастроф	18	4	-	14	текущий
	Всего теоретическая подготовка	282	66	40	176	зачет
	Стажировка	288				Текущий
	Итого:	570	66	40	176	

Экзамен:	6				
Всего часов цикла:	576				

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПОДГОТОВКИ НА СЕРТИФИКАЦИОННОМ ЦИКЛЕ

Срок обучения – 16 недель (576 часов)

Режим занятий – 6 часов в день

№ п/ п	Наименование разделов	Всего Часов	Лек- ции	Семи- нары	Практ. занятия	Форма контроля
	Организационно- правовые основы деятельности врача-хирурга.	12	4	-	8	
.	Неотложная хирургия	72	12	12	48	зачет
	хирургические заболевания желудка	12	3	2	7	
	хирургические заболевания печени и желчн. путей	18	3	2	13	
	хирургические заболевания поджелуд. железы	12	2	3	7	
	ущемленные грыжи	12	2	2	8	
	перитонит	12	1	2	9	
	травмы груди и живота	6	1	1	4	
	Плановая хирургия	36	12	6	18	зачет
	Хирургия печени и желчевыводящих путей	12	4	2	6	
	Хирургия желудка и 12-перстной кишки	12	4	2	6	
	Хирургия грыж	8	2	2	4	
	Заболевания щитовидной железы	4	2		2	
	Гнойная хирургия	24	6	4	14	зачет
	хирургическая инфекция	6	2	2	2	
	хирургический сепсис	6	2	-	4	
	принципы лечения гнойных ран	6	2	-	4	
	гнойные послеоперационные осложнения	6	-	2	4	
	Амбулаторная хирургия	72	12	12	48	зачет
	Организация амбулаторной хирургической помощи	2	-	2	-	
	Вопросы диспансеризации	2	2	-	-	
	Амбулаторные и стационарзамещающие технологии в хирургии	6	2	-	4	
	Вопросы экспертизы	2	-	2	-	
	Реабилитация хирургических больных	6	2	-	4	
	Методы обезболивания в амбулаторной хирургической практике	6	-	2	4	
	Гнойно – воспалительные заболевания в амбулаторной практике	12	2	2	8	
	Доброкачественные опухоли и	6	-	-	6	

	опухолеподобные заболевания кожи и подкожной клетчатки					
	Заболевания суставов и позвоночника	12	2	-	10	
	Амбулаторное лечение после хирургических вмешательств	6	-	2	4	
	Заболевания сосудов	12	2	2	8	
	Вопросы колопроктологии в практике хирурга	36	12	6	18	
	Ранняя диагностика по ЗНО.	12	4	-	8	
	Медицина катастроф	18	4		14	
	Стажировка	288				
	Итого:	570	66	40	176	
	Экзамен:	6				
	Всего часов цикла:	576				

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ЦИКЛА

Неотложная хирургия груди и живота

1. Острый аппендицит. Дифференциальная диагностика. Тактика в неясных случаях. Аппендикулярный инфильтрат. Дренирование брюшной полости при аппендэктомии. Показания к различным видам дренирования. Принципы лечения аппендикулярного перитонита.
2. Осложнения язвенной болезни. Диагностика и дифференциальная диагностика прободной язвы. Выбор метода операции при прободной язве. Техника ушивания прободного отверстия. Техника резекции желудка. Послеоперационное ведение больных после операций по поводу прободной язвы. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки.
3. Острые гастродуоденальные кровотечения. Диагностики и дифференциальная диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений. Показания к операции, предоперационная подготовка, выбор метода оперативного лечения. Техника паллиативных операций: гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда, тампонада язвы свободным салником. Техника радикальных операций: резекция желудка, антрумэктомия с ваготомией, прошивание язвы с ваготомией. Техника операций при синдроме Меллори- Вейса. Консервативное и оперативное лечение при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода. Лечение кровотечений из опухолей желудка. Ведение больных с профузным желудочно-кишечным кровотечением в послеоперационном периоде. Ошибки и опасности при лечении профузных желудочно-кишечных кровотечений.
4. Ущемлённые грыжи. Дифференциальная диагностика ущемлённых грыж, диагностическая программа. Хирургическая тактика. Пристеночное и ретроградное ущемление. Предоперационная подготовка. Хирургическая тактика при сомнительной жизнеспособности ущемлённого органа, при флегмоне грыжевого мешка, при перитоните. Наиболее частые технические ошибки при операциях по поводу ущемлённых грыж.
5. Острая кишечная непроходимость. Патогенез и классификация ОКН. Дифференциальная диагностика механической и динамической кишечной непроходимости. Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости. Предоперационная подготовка. Хирургическое лечение. Этапы операции. Методы декомпрессии кишечника. Показания к операции и техника операции при спаечной кишечной непроходимости. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде
6. Ишемическая болезнь кишечника. Стадии ишемии. Диагностическая программа. Предоперационная подготовка. Оперативное лечение. Этапы операции. Особенности выполнения резекции кишечника при тромбозомии мезентериальных сосудов.
7. Заболевания желчного пузыря и внепечёночных желчных путей . Клиника,

диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита. Осложнённые формы холецистита (с холедохолитиазом, со стенозом БДС). Показания к неотложной, экстренной, ранней и плановой операции на желчных путях. Малоинвазивные методики холецистэктомии. Показания к холедохотомии, к папиллотомии, к наложению ХДА. Показания и методики дренирования желчных путей и брюшной полости. Опасности и осложнения при операциях на желчном пузыре и желчных протоках.

8. Острый панкреатит. Классификация острого панкреатита. Консервативная терапия. Показания к ранним операциям, их методика и этапы. Диагностика и хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита. Основные диагностические, тактические и технические ошибки в лечении острых панкреатитов.

9. Нагноительные заболевания легких и плевры. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. R – диагностика, инструментальные методы исследования, лечение. Показания к оперативному вмешательству, выбор метода операций при различных видах заболеваний. Гидро- и пневмоторакс, техника дренирования плевральной полости.

10. Медиастенит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

11. Химические ожоги пищевода. Этиология, патогенез, клиническая картина. Роль лабораторных и инструментальных методов исследования, консервативное лечение. Показания и способы оперативного лечения.

12. Травмы груди. Открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, оказание экстренной помощи, показания к хирургическому лечению, техника операции. Ведение больных в до- и послеоперационном периоде. Подкожная и медиастинальная эмфизема. Клиника, диагностика. Оказание первой помощи, показания к хирургическому лечению и техника операции. Гемоторакс и пневмоторакс - клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению и методика операций. Закрытая травма груди с повреждением внутренних органов - контузия лёгкого, разрыв лёгкого, бронха. Клиника и диагностика, методы консервативной терапии, показания к операции и способы операций. Открытые непроникающие и проникающие травмы груди. Клиника, диагностика, методы оперативного лечения.

13. Травмы живота. Закрытые травмы живота. Клиника. Методы современной диагностики, хирургическая тактика. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Методы хирургического лечения открытых и закрытых травм живота. Ведение больных в послеоперационном периоде.

14. Травматический шок. Патогенез травматического шока. Диагностика шока по тяжести состояния, диагностика нарушений дыхания, функции почек, обменных процессов,

15. ДВС- синдром. Лечение травматического шока.

16. Инфузионная терапия и парентеральное питание. Переливание крови. Ошибки и опасности при переливании крови. Клиника, диагностика и лечение гемотрансфузионного шока. Лечение трансфузионных осложнений.

17. Абдоминальный сепсис. Критерии SIRS и сепсиса. Диагностика. Хирургическое лечение. Интенсивная терапия сепсиса. Полиорганная недостаточность.

18. Септический шок. Диагностика и дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.

19. Перитонит. Патогенез перитонита и его стадийность. Диагностика перитонита в различных стадиях, программа обследования больного. Предоперационная подготовка. Хирургическое лечение, показания и методы дренирования брюшной полости. Методика декомпрессии кишечника. Послеоперационное ведение больных с перитонитом. Ошибки и осложнения при лечении больных с перитонитом.

20. Раны и раневая инфекция. Профилактика и лечения послеоперационных осложнений. Инфекционный мониторинг в стационаре.

Плановая хирургия

1. Язвенная болезнь. Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка больных. Выбор метода оперативного лечения. Техника резекции желудка. Ведение послеоперационного периода. Болезни оперированного желудка.

2. Грыжи. Пупочные грыжи, техника операций. Грыжи белой линии живота, методы

операций. Паховые грыжи. Врождённые и приобретённые, прямые и косые. Дифференциальная диагностика. Выбор метода операции. Бедренные грыжи. Дифференциальная диагностика, техника операции. Послеоперационные грыжи. Показания к оперативному лечению, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение. Основные принципы операций.

3. Варикозное расширение вен и посттромбофлебитический синдром. Диагностика заболевания: диагностические пробы, флебография. Показания к оперативному лечению. Техника операций. Ошибки и осложнения при операциях по поводу варикозно изменённых вен. Ведение больных до операции и в послеоперационном периоде.

Гнойная хирургия

1. Абдоминальный сепсис. Критерии синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса. Диагностика. Хирургическое лечение. Интенсивная терапия сепсиса. Полиорганная недостаточность.

2. Септический шок. Диагностика и дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.

3. Перитонит. Патогенез перитонита и его стадийность. Диагностика перитонита в различных стадиях, программа обследования больного. Предоперационная подготовка. Хирургическое лечение, показания и методы дренирования брюшной полости. Методика декомпрессии кишечника. Послеоперационное ведение больных с перитонитом. Ошибки и осложнения при лечении больных с перитонитом.

4. Гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки. Абсцессы и флегмоны. Рожистое воспаление. Гнойные заболевания пальцев и кисти

5. Раны и раневая инфекция. Профилактика и лечения послеоперационных осложнений. Инфекционный мониторинг в стационаре.

Амбулаторная хирургия

1. Организация хирургической службы. Экспертиза нетрудоспособности. Диагностика и лечение основных заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

2. Оформление медицинской документации.

3. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Правила выдачи листов нетрудоспособности. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности.

4. Диспансеризация населения.

5. Преемственность в работе хирургов стационара и поликлиники.

6. Диагностика, тактика и лечение гнойно – воспалительных заболеваний головы и шеи. Хирургические вмешательства при некоторых заболеваниях головы и шеи в условиях поликлиники.

7. Сахарный диабет. Диабетическая стопа.

8. Заболевания щитовидной железы. Вопросы диагностики и тактики.

9. Обезболивание в условиях поликлиники. Показания, методы.

10. Особенности ведения и реабилитации больных после операций на органах брюшной полости.

11. Диспансерное наблюдение и лечение больных после оперативных вмешательств на молочной железе.

12. Поздние осложнения после операций на желудке и 12 – перстной кишке. Диагностика, тактика, лечение.

13. Предраковые заболевания желудка и толстого кишечника. Диспансеризация, диагностика, тактика.

14. Подготовка больных к операции с гигантскими и вентральными грыжами в условиях поликлиники. Реабилитация.

15. Тромбоблитерирующие заболевания нижних конечностей. Тромбозы и эмболии артериальных сосудов. Методы консервативного лечения облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей в условиях поликлиники. Диспансеризация больных.

16. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

17. Постхолецистэктомический синдром.

18. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Темы лекций.

1. Острый калькулезный холецистит – современные тактические принципы.
2. Желчно – каменная болезнь.
3. Хирургическое заболевание печени и желчевыводящих протоков.
4. Механическая желтуха. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационное ведение больных.
5. Абсцессы печени.
6. Стандарты диагностики и лечения острого панкреатита. Хирургия панкреонекроза.
7. Острый аппендицит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности течения у детей, стариков и беременных на больших сроках.
8. Острая кишечная непроходимость. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению.
9. Ущемленные грыжи.
10. Острый живот. Вопросы диагностики и тактики.
11. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с острой кишечной непроходимостью.
12. Инструментальная диагностика при поражении гепатодуоденальной зоны.
13. Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях органов брюшной полости.
14. Инструментальные методы диагностики в неотложной хирургии живота.
15. Предоперационная подготовка, профилактика интра- и послеоперационных осложнений в ургентной хирургии.
16. Инструментальные методы исследования в неотложной хирургии груди.
17. Абсцессы легкого.
18. Торакоабдоминальные ранения. Тактика, лечение.
19. Травмы грудной клетки. Алгоритм диагностики и лечения. Открытые и закрытые повреждения легких.
20. Травма трахеи и главных бронхов.
21. Травма пищевода. Медиастинит - принципы диагностики и лечения.
22. Травма органов брюшной полости. Открытые и закрытые повреждения паренхиматозных органов. Методы остановки кровотечения из паренхиматозных органов. Открытые и закрытые повреждения полых органов.
23. Современные принципы лечения осложнений язвенной болезни (гастродуоденальные кровотечения).
24. Современные принципы лечения осложнений язвенной болезни (прободная язва, стенозы).
25. Трахеостомия: показания, техника, ошибки и осложнения, их профилактика.
26. Неотложная резекция кишки.
27. Открытая, лапароскопическая аппендэктомия.
28. Малоинвазивное хирургическое лечение хронического калькулезного холецистита.
29. Современные принципы и подходы в хирургии зоба.
30. Современные принципы и технологии лечения грыж.
31. Современная трактовка хирургического сепсиса.
32. Лечение разлитого гнойного перитонита.

Темы семинаров и практических занятий

Раздел	Тема семинара
Неотложная хирургия груди и живота	Острый аппендицит
	Осложнения язвенной болезни, перфоративная язва желудка и 12 – перстной кишки
	Острые гастродуоденальные кровотечения
	Ущемленные грыжи
	Острая кишечная непроходимость
	Ишемическая болезнь кишечника

	Заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Механическая желтуха Острый панкреатит Острая непроходимость магистральных артерий конечностей Травмы груди Травмы живота Инфузионная терапия и парентеральное питание Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни Перитонит Послеоперационные гнойные осложнения Консервативное и хирургическое лечение желудочно – кишечных кровотечений Осложнения острого аппендицита Методы декомпрессии кишечника при непроходимости и перитоните Опасности и осложнения у больных острым холециститом Методы наружного и внутреннего дренирования желчевыводящих путей Абсцессы печени Спаечная болезнь
	Медиастенит Торакоабдоминальные ранения
Плановая хирургия	Язвенная болезнь. Болезни оперированного желудка Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни Грыжи живота. Диафрагмальные грыжи
Гнойная хирургия	Сепсис. Перитонит Гнойное воспаление пальцев и кисти Раневая инфекция. Гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки. Абсцессы и флегмоны, рожистое воспаление Послеоперационные гнойные осложнения
Поликлиническая хирургия	Организация хирургической помощи амбулаторным больным Правила выдачи больничного листа Организация экспертизы временной нетрудоспособности Экспертиза стойкой нетрудоспособности Методы обезболивания в амбулаторной хирургической практике Гнойно – воспалительные заболевания в амбулаторно практике Амбулаторное лечение после хирургических вмешательств Артрозы и артриты Лимфаденит и лимфангоит. Флегмона брюшной стенки и забрюшинного пространства Остеомиелит Преемственность в работе хирурга стационара и поликлиники (принципы) Хирургические вмешательства при некоторых заболеваниях головы и шеи в условиях поликлиники Диабетическая стопа Предраковые заболевания желудка. Диспансеризация, диагностика, тактика Предраковые заболевания толстого кишечника. Диспансеризация, диагностика, тактика. Подготовка больных к операции с гигантскими вентральными грыжами в условиях поликлиники. Реабилитация больных после операций по поводу наружных грыж живота Острые тромбозы и эмболии артериальных сосудов нижних конечностей. Диагностика, тактика Ожоги и отморожения

Маститы. Классификация, дифференциальная диагностика, лечение
 Заболевания, симулирующие «острый живот» в практике хирурга
 поликлиники
 Хирургическое лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных
 заболеваний кожи и подкожной клетчатки

Программа стажировки (288 часов):

Самостоятельная работа с учебными изданиями. Поиск необходимых методических материалов на сайте stg.rosminzdrav.ru, других профессиональных интернет-ресурсах. Сопоставление моделей пациентов с клиническими рекомендациями по нозологиям и составление плана обследования и лечения.

Работа с нормативной и инструктивной документацией. Освоение требований клинических протоколов и соблюдения критериев качества оказания помощи согласно Приказа МЗ РФ №203н от 10.05.2017 г.

Мастер-классы по освоенным модулям на клинической базе, участие в клинических конференциях. Участие в клинических конференциях хирургических отделений №1 и №2 ГБУЗ АО АМОКБ, обходах больных, консилиумах.

Участие в экстренных и плановых хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, выполняемых по графику операционного блока №1 ГБУЗ АО АМОКБ.

Участие в работе поликлинических кабинетов хирурга и колопроктолога ГБУЗ АО АМОКБ, ГБУЗ АО ГП8, ГБУЗ АО ГПЗ, ЧУЗ МСЧ.

«Лапароскопические навыки на симуляторах». Отработка практических навыков интракорпорального шва с моделью кишечной стенки на лапароскопическом симуляторе кафедры.

Программа стажировки 288 часов

Дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Хирургия» 576 часов

№	Место прохождения	Виды профессиональной деятельности	Формируемые компетенции	Продолжительность (в часах)	Форма контроля
	Клиническая база ГБУЗ АО АМОКБ, поликлиника кабинеты хирурга, (КДЦ, каб.328) ГБУЗ АО ГП№8, кабинет хирурга.	Сбор анамнеза, осмотр, анализ проведенного обследования, заполнение примеров медицинской документации (в соответствии с требованиями Приказа МЗРФ №203н от 10.05.2017 г.)	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ (ПК-5).	54	зачет
	Клиническая база ГБУЗ АО АМОКБ, поликлиника кабинеты хирурга, (КДЦ, каб.328) ГБУЗ АО ГП№8, кабинет хирурга.	Определение программы лечения пациентов хирургического профиля, выполнение назначений лекарственных препаратов, проведение перевязок и других манипуляций у стационарных больных	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)	54	
	Клиническая	Осмотр, анализ	готовность к	54	зачет

	база ГБУЗ АО АМОКБ, хирургические отделения №1 и 2, хирургическое торакальное отделение, отделение хирургии сосудов, колопроктологическое отделение (хирургический корпус №2, этаж 5) Клиническая база ГБУЗ АО ГКБ№3 хирургические отделения №1 и 2, отделение хирургической инфекции.	проведенного обследования с интерпретацией его результатов в примерной медицинской документации стационарных больных	определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ (ПК-5).		
	Клиническая база ГБУЗ АО АМОКБ, хирургические отделения №1 и 2, хирургическое торакальное отделение, отделение хирургии сосудов, колопроктологическое отделение (хирургический корпус №2, этаж 5) Клиническая база ГБУЗ АО ГКБ№3 хирургические отделения №1 и 2, отделение хирургической инфекции.	Определение программы лечения пациентов хирургического профиля, выполнение назначений лекарственных препаратов, проведение перевязок и других манипуляций у стационарных больных	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)	54	
	Клиническая база ГБУЗ АО АМОКБ, операционный блок №1, (хирургически	Участие в оперативных вмешательствах по поводу заболеваний по профилям «хирургия»,	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании	36	зачет

	й корпус №2, этаж 9) Клиническая база ГБУЗ АО ГКБ№3, операционный блок (хирургический корпус, 4 этаж)	«торакальная хирургия», «колопроктология»	хирургической медицинской помощи (ПК-6)		
	Клиническая база ГБУЗ АО АМОКБ, конференц зал, (хирургический корпус №2, этаж 1)	Участие в ежедневных совещаниях хирургической службы, анализ проводимых оперативных вмешательств и обсуждение наиболее тяжелых пациентов	УК-1, ПК-10,11	18	-
	Кафедра хирургических болезней ПДО с курсом колопроктологии (АМОКБ, учебный корпус, каб.205)	Клинические разборы наиболее тяжелых пациентов хирургического профиля, обсуждение хирургических вмешательств, профилактики возможных осложнений.	УК-1, ПК-6	18	-

Темы высокотехнологичных, современных, малоинвазивных научно-практических направлений, которые предполагается осветить при усовершенствовании хирургов.

- 1.«Операции на органах брюшной полости из минилапаротомного доступа»
- 2.«Имплантаты в абдоминальной хирургии и колопроктологии»
3. «Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни»
4. «Диагностическая и оперативная лапароскопия и торакоскопия»
5. «Аргонплазменная коагуляция в эндоскопии и хирургии»
- 6.«Нутритивная поддержка хирургических больных»

Типовой перечень основных хирургических оперативных вмешательств

	Практический навык
1.	Ампутации конечностей
2.	Аппендэктомия
3.	Венэктомия
4.	Вскрытие абсцессов и флегмон
5.	Вскрытие острого парапроктита
6.	Геморроидэктомия
7.	Грыжесечение при паховой грыже
8.	Грыжесечение при бедренной грыже
9.	Грыжесечение при пупочной грыже
10.	Грыжесечение при послеоперационной грыже
11.	Дренирование брюшной полости
12.	Дренирование плевральной полости
13.	Лапаростомия

14.	Лапароцентез
15.	Лапароскопия
16.	Наложение гастростомы
17.	Наложение холедоходуоденоанастомоза
18.	Наложение энтеростомы, колостомы
19.	Новокаиновые блокады
20.	Операции при зобе
21.	Операции при остром панкреатите
22.	Операции при панарициях
23.	Определение группы крови и резус-фактора
24.	Первичная хирургическая обработка ран
25.	Переливание крови
26.	Плевральная пункция
27.	Резекция желудка
28.	Резекция кишки с анастомозом
29.	Сосудистый шов
30.	Торакотомия
31.	Удаление доброкачественных опухолей мягких тканей
32.	Ушивание перфоративной язвы
33.	Ушивание ран полых органов
34.	Ушивание ран паренхиматозных органов
35.	Холецистостомия
36.	Холецистэктомия
37.	Холецистэктомия из мини-доступа
38.	Лапароскопическая холецистэктомия

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (в ред. от 26.04.2016 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Федеральный закон от 29.12.2012 г. №273 (в ред.от 13.06.2016 г.) «Об образовании в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 30 марта 1999 года n 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 922н г. Москва "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями".
5. Приказ N 541н от 23 июля 2010 г. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Зарегистрировано в Минюсте 25 августа 2010, N 18247.
6. Приказ МЗ и СР от 8 октября 2015 года № 707н Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"
7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 (в ред.от 16.02.2014 г.) «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
8. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.10.2013 N 06-735"О дополнительном профессиональном образовании" вместе с "Разъяснениями о законодательном и нормативном правовом обеспечении (дополнительного профессионального образования)".
9. Инструкция МЗ РФ от 15 декабря 1999 г. № 06-23/7-20 «По составлению отчетной формы "Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других воздействиях внешних причин" (утверждена постановлением Госкомстата России от 29.06.99 № 49).

10. Приказ N 302 н от 12.04.2011 г. Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" в ред. Приказа министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2013г. № 296н.
11. Методические указания МЗ РФ № 99/229 от 22.12.99 «Перечень необходимых медицинских услуг и процедур, отпускаемых в специализированных санаториях больному по профилю его заболевания».
12. Постановление Правительства РФ от от 16 апреля 2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской деятельности»
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 апреля 2013 г. n 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории».
14. Постановление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 мая 2010 г. n 58 «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10
15. Приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1183н (в ред. 31.08.2014 г.) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
16. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 (ред. от 17.11.2015) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов"
17. Информационное письмо Минздрава России № 13-2/10/2-2950 от 24 апреля 2013 г.
18. Приказ МЗ РФ №297 от 07.10.1997г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством».
19. Информационное письмо Минздрава России № 13-2/10/2-2950 от 24 апреля 2013 г.
20. Приказ МЗ РФ №174 от 17.05.99 г. "О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка"
21. Приказ МОН РФ №1110 от 26.августа 2014 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).
22. Приказ МЗ РФ №203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Учебно-методическая документация и материалы по всем рабочим программам учебных модулей:

Основная литература

1. Клиническая хирургия Т № 2 : национальное руководство в 3 томах. / под редакцией В. С. Савельева.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.- 832 с.
2. Абдоминальная хирургия: национальное руководство: краткое издание / И.И. Затевахин, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 912 с.
3. Руководство по амбулаторной хирургической помощи /под ред. П.Н. Олейникова.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. 904 с.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Савельев В.С. 2004 г. - 640 стр.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению urgentных хирургических заболеваний <http://xn----9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn--p1ai/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci>
6. Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований <https://rosoncweb.ru/standarts/RUSSCO/>

Дополнительная литература

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. 2006 г.168 стр.
2. Актуальные вопросы грудной хирургии .Шевченко Ю.Л. 2004 г.-236 стр.

3. Атлас оперативной хирургии грыж. В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский. 2003 г. - 228 стр.
4. Атлас операций при грыжах живота. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. 2004 г. -316 стр.
5. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
6. Габриэль П. Крестин, Питер Л.Чайке. Острый живот: визуализационные методы диагностики. Пер. с англ. Под ред. И.Н.Денисова.-М., «ГЭОТАР Медицина».-2000.- 349 с.
7. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь.- М, Видар-М., 2000.
8. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенберг Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. – СПб, «Фолиант», 2000 – 176 с.
9. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенберг Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. – СПб, «Фолиант», 2000 – 176 с.
10. Жижин Ф.С., Бекмачев В.И. Амбулаторное лечение хирургических заболеваний. – Ижевск, 2001.- 140 с.
11. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Моше Шайн. 2003 г- 272 стр.
12. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии. Емельянов С.И. 2004 г.- 222 стр.
13. Инфекционный контроль в хирургии. Шалимов А.А., Грубник В.В., Ткаченко А.И., Осипенко О.В., Четвериков С.Г. 2001 г. -121 стр.
14. Кригер А.Г., Федоров А.В. и др. Острый аппендицит. М., 2002 г.
15. Лечение трофических язв венозной этиологии. Савельев В.С. Пособие для врачей. 2000 г- 11 стр.
16. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. 2003 г. - 216 стр.
17. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита/Прудков М.И., Шулутко А.М., Левит А.Л., Ковалевский А.Д., Алферов С.Ю.- Екатеринбург: издательство «Экс-Пресс»; 2005г. – 50 с.
18. Неотложная хирургия: Диагностика и лечение острой хирургической патологии Изд. 5-е, доп., перераб. Чернов В.Н. Феникс, 2007 г.- 351 стр.
19. Основы минимально инвазивной хирургии/под редакцией Прудкова М.И.- Екатеринбург: издательство «Полиграфист»; 2007г. – 63 с.
20. Повреждения живота при сочетанной травме Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. 2005 г. -176 стр.
21. Поликлиническая хирургия (хирургия поликлинического врача). Низамов Ф.Х. 2002 г. -280 стр.
22. Прудков М.И., Власов А.А. Реабилитация больных с желчнокаменной болезнью после минимально инвазивного хирургического лечения.- Екатеринбург, 2001.- 36 с.
23. Реабилитация больных с желчнокаменной болезнью после минимально инвазивного хирургического лечения/ Прудков М.И., Власов А.А. - Екатеринбург: издательство Уральского университета;2001г.- 32 с.
24. Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению (под общей редакцией профессора М.И. Прудкова). Екатеринбург, 2009.- 59 с.
25. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Савельев В.С. 2004 г. - 640 стр.
26. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. 2006 г. -176 стр.
27. Сепсис и полиорганная недостаточность. Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А., Шаповалюк В.В. 2005 г. -466 стр.
28. Стебунов С.С., Лызиков А.Н., Занько С.Н. и др. Безопасная техника в лапароскопии.- Минск, Высшая школа, 2000.- 218 с.
29. Торакальная хирургия. Бисенков Л.Н. 2004 г.- 928 стр.,
30. Травма живота. Урман М.Г. 2003 г- 259 стр.

31. Франтзатес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия.- СПб, «Бином», 2000. –320 с.
32. Хирургия (перевод с англ.) Под ред. Ю.М.Лопухина, В.С.Савельева. М., Гэотар Медицина, 1997.- 1070 с.
33. Хирургия катастроф. Х.А. Мусалатов. 1998 г. - 592 стр.
34. Хирургия повреждений сердца при раневой политравме и шоке. Замятин П.М., Зайцев В.Т. 2003 г. -156 стр.
35. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. – М. «Два Мира Прин», 2000.- 224 с.

Интернет-ресурсы:

<http://www.общество-хирургов.рф>
<http://www.rosoncweb.ru/>
<http://www.sovetnmo.ru/>
<http://www.geotar.ru/>
<http://www.scsml.rssi.ru/>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
<http://www.websurg.com/>

Материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки

Кафедра хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии Астраханского ГМУ, библиотека Астраханского ГМУ, симуляционный центр Астраханского ГМУ

Поликлиники: Поликлиника АГМУ, ГБУЗ АО ГП №8, ГБУЗ АО ГП №3

Стационары: ГБУЗ АО АМОКБ, ГБУЗ АО ГКБ№3, ЧУЗ МСЧ

Контрольные вопросы «Хирургия»

В каждый билет включается 3 вопроса по одному из каждого раздела. Количество билетов - 25

Раздел 1

1. Острый аппендицит (клиника, диагностика, лечение)
2. Осложнения острого аппендицита (клиника, диагностика, лечение)
3. Острый холецистит (клиника, диагностика, лечение)
4. Хронический холецистит (клиника, диагностика, лечение)
5. Холедохолитиаз (клиника, диагностика, лечение)
6. Механическая желтуха (клиника, диагностика, лечение)
7. Острый панкреатит (клиника, диагностика, лечение)
8. Осложнения острого панкреатита (клиника, диагностика, лечение)
9. Перитонит (клиника, диагностика, лечение)
10. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение)
11. Осложнения рака ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение)
12. Прободная язва (клиника, диагностика, лечение)
13. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии (клиника, диагностика, лечение)
14. Кишечные кровотечения (клиника, диагностика, лечение)
15. Кишечная непроходимость опухолевого генеза (клиника, диагностика, лечение)
16. Неопухолевая кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение)
17. Ущемленная паховая и бедренная грыжа (клиника, диагностика, лечение)
18. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение)
19. Острые нарушения мезентериального кровообращения (клиника, диагностика, лечение)
20. Хронический панкреатит (клиника, диагностика, лечение)
21. Опухоли поджелудочной железы (клиника, диагностика, лечение)
22. Портальная гипертензия (клиника, диагностика, лечение)
23. Абдоминальная травма (клиника, диагностика, лечение)
24. Язвенный пилородуоденальный стеноз (клиника, диагностика, лечение)
25. Опухоли желудка (клиника, диагностика, лечение)

Раздел 2

1. Атеросклеротическое поражение сосудов. Синдром Лериша (клиника, диагностика, лечение)
2. Заболевания периферических вен (клиника, диагностика, лечение)
3. Острая артериальная непроходимость (тромбозы и эмболии) (клиника, диагностика, лечение)
4. Илеофemorальный тромбоз (клиника, диагностика, лечение)
5. Рак пищевода (клиника, диагностика, лечение)
6. Гнойные заболевания легких (клиника, диагностика, лечение)
7. Пневмоторакс (клиника, диагностика, лечение)
8. Гнойные осложнения, причины нагноения послеоперационных ран
9. Рак легкого (клиника, диагностика, лечение)
10. Гнойные заболевания плевры (клиника, диагностика, лечение)
11. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы (клиника, диагностика, лечение)
12. Медиастинит (клиника, диагностика, лечение)
13. Геморрой (клиника, диагностика, лечение)
14. Острый парапроктит (клиника, диагностика, лечение)
15. Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области (клиника, диагностика, лечение)
16. Язвенный колит (клиника, диагностика, лечение)
17. Болезнь Крона (клиника, диагностика, лечение)
18. Ранения органов брюшной полости (клиника, диагностика, лечение)
19. Ранения органов грудной клетки (клиника, диагностика, лечение)
20. Гнойные заболевания кисти (клиника, диагностика, лечение)
21. Артрозы и артриты в практике амбулаторного хирурга (клиника, диагностика, лечение)
22. Сепсис (клиника, диагностика, лечение)
23. Термические поражения (клиника, диагностика, лечение)
24. Сочетанная травма (клиника, диагностика, лечение)
25. Шок. Виды шока, этиология и принципы оказания помощи.

Раздел 3.

1. Квалификационная характеристика врача-хирурга (по Приказу 541н МЗСР РФ от 23.07.2010 г.)
2. Порядок оказания медицинской помощи взрослым по профилю «Хирургия» (по Приказу 922н МЗ РФ от 15.11.2012 г.)
3. Порядок оказания медицинской помощи взрослым по профилю «Хирургия». Стандарт оснащения хирургического кабинета. (по Приказу 922н МЗ РФ от 15.11.2012 г.)
4. Порядок оказания медицинской помощи взрослым по профилю «Хирургия». Стандарт оснащения хирургического отделения. (по Приказу 922н МЗ РФ от 15.11.2012 г.)
5. Профилактика бешенства, столбняка и гепатитов в хирургии
6. Подготовка к плановым операциям в абдоминальной хирургии
7. Фаст- трек технология после абдоминальных операций
8. Послеоперационная профилактика гнойных осложнений.
9. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений
10. Профилактика тромбозэмболических осложнений в хирургии
11. Принципы антибиотикотерапии абдоминальных инфекций
12. Эндоскопические методы в диагностике и лечении заболеваний желудка и 12-перстной кишки
13. Эндоскопические методы в диагностике и лечении заболеваний желчевыводящих путей
14. Лапароскопическая хирургия. Спектр и особенности оперативных вмешательств.
15. Угрозомертрические шкалы в хирургии

16. Критерии качества оказания стационарной помощи при остром аппендиците
17. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
18. Критерии качества оказания стационарной помощи при остром панкреатите
19. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
20. Критерии качества оказания стационарной помощи при ущемленной грыже
21. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
22. Критерии качества оказания стационарной помощи при острой неопухоловой кишечной непроходимости (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
23. Критерии качества оказания стационарной помощи при язвенный гастродуоденальных кровотечениях (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
24. Критерии качества оказания стационарной помощи при прободной язве
25. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
26. Критерии качества оказания стационарной помощи при остром холецистите
27. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
28. Критерии качества оказания стационарной помощи при перитоните
29. (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
30. Критерии качества оказания стационарной помощи при неосложненных грыжах передней брюшной стенки (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)
31. Критерии качества оказания стационарной помощи при желчекаменной болезни (холелитиазе), холецистите (по Приказу 203н МЗ РФ от 10.05.2017, разделы II и III)

Примеры контрольных тестовых заданий.

ВАРИАНТ 1

1. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
 - а) сроком с момента прободения
 - б) степенью воспалительных изменений брюшины
 - в) величиной перфоративного отверстия
 - г) локализацией перфоративного отверстия
 - д) возрастом больного
2. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима
 - а) лапаротомия и резекция желудка
 - б) наложение гастростомы
 - в) применение гастростомы
 - г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
 - д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда
3. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
 - а) иссечения язвы
 - б) ушивания язвы
 - в) резекции желудка
 - г) пилоропластики с ваготомией
 - д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
4. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками
 - а) инсуломы поджелудочной железы
 - б) синдрома приводящей петли
 - в) пептической язвы анастомоза

- г) демпинг- синдрома
 - д) синдрома малого желудка
5. Секретин образуется
- а) в двенадцатиперстной кишке
 - б) в печени
 - в) в поджелудочной железе
 - г) в дистальных отделах тонкой кишки
 - д) в гипоталамусе
6. Стимулятором выделения соляной кислоты обкладочными клетками желудка являются
- а) гастрин
 - б) гистамин
 - в) возбуждение блуждающего нерва
 - г) повышение уровня кальция в крови
 - д) все перечисленное выше
7. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме
- а) рвоты
 - б) шума плеска над проекцией желудка
 - в) наличия чаш Клойбера
 - г) отрыжки
 - д) похудения
8. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является
- а) анализ желудочного сока
 - б) исследование кала на скрытую кровь
 - в) проведение гистаминовой пробы
 - г) положительный эффект на противоязвенный курс лечения
 - д) эзофагогастроскопия с биопсией
9. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является
- а) икота
 - б) отсутствие кишечных шумов
 - в) вздутие в области эпигастрия
 - г) тахикардия
 - д) рвота
10. У больного с острым расширением желудка не следует применять
- а) назогастральное дренирование желудка
 - б) инфузионную терапию
 - в) седативную терапию
 - г) антибиотикотерапию
 - д) постоянную декомпрессию желудка
11. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- а) рвота
 - б) желудочное кровотечение
 - в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - г) частый жидкий стул
 - д) икота

12. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) перфорации
 - б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
 - в) малигнизации
 - г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
 - д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
13. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
 - б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
 - в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
 - г) развивающимся разлитым перитонитом
 - д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
14. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- а) демпинг- синдрома
 - б) гипогликемического синдрома
 - в) синдрома "малого желудка"
 - г) пептической язвы анастомоза
 - д) синдрома приводящей петли
15. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением
- а) кровотечение
 - б) малигнизация
 - в) перфорация
 - г) пенетрация в поджелудочную железу
 - д) стенозирование выходного отдела желудка
16. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме
- а) желтухи
 - б) шума плеска натовцак
 - в) похудания
 - г) отрыжки "тухлым"
 - д) болей в эпигастрии распирающего характера
17. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является
- а) двенадцатиперстная кишка
 - б) пилорический отдел желудка
 - в) малая кривизна желудка
 - г) большая кривизна желудка
 - д) кардиальный отдел желудка
18. Для демпинг- синдрома не характерны
- а) мышечная слабость
 - б) головокружение
 - в) приливы
 - г) потливость
 - д) повышенный аппетит

19. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является
- а) гипопроteinемия
 - б) гипотензия во время операции
 - в) аксиальный поворот тонкой кишки
 - г) дуоденостаз
 - д) послеоперационный панкреатит
20. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать
- а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
 - б) с послеоперационным панкреатитом
 - в) с послеоперационным перитонитом
 - г) с несостоятельностью швов малой кривизны
 - д) со всем вышеперечисленным
21. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует
- а) продолжить местную гемостатическую терапию
 - б) увеличить темп введения крови
 - в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза
 - г) перелить фибрин
 - д) срочно оперировать больного
22. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют
- а) малый диаметр прободного отверстия
 - б) незначительное наполнение желудка
 - в) топографическая близость соседних органов
 - г) большой диаметр прободного отверстия
 - д) хорошо развитый большой сальник
23. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны
- а) при каллѐзной язве
 - б) при пенетрирующей язве
 - в) при поверхностных эрозиях слизистой
 - г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см
 - д) при рубцующейся язве
24. При раке желудка имеет место
- а) ахлоргидрия
 - б) анемия
 - в) полипоз
 - г) атрофический гастрит
 - д) все перечисленное
25. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить
- а) рентгенологическое исследование желудка
 - б) исследование желудочной секреции
 - в) эндоскопическое исследование желудка
 - г) исследование морфологического состава крови
 - д) исследование кала на скрытую кровь

26. Онкологически оправданной операцией при раке дистального отдела желудка T1NxM0 является
- а) наложение гастроэнтероанастомоза
 - б) резекция 2/3 желудка
 - в) субтотальная резекция желудка
 - г) субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, либо гастрэктомия
 - д) ни одна из перечисленных
27. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме
- а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым
 - б) анемии
 - в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта
 - г) повышенного аппетита, слюноотделения
 - д) похудения, отвращения к пище
28. Онкологически оправданной операцией при раке проксимального отдела желудка с явлениями дисфагии является
- а) субтотальная проксимальная резекция желудка
 - б) гастрэктомия
 - в) расширенная или комбинированная гастрэктомия
 - г) гастростомия
 - д) гастроэнтеростомия
29. Операция гастростомии показана
- а) при неоперабельном раке тела желудка
 - б) при неоперабельном раке антрального отдела желудка
 - в) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью
 - г) при всех перечисленных случаях
 - д) ни в одном из перечисленных случаев
30. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме
- а) острого начала
 - б) невосприимчивости грыжи
 - в) болезненности грыжевого выпячивания
 - г) резкой боли
 - д) высокой температуры
31. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются
- а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи
 - б) пожилой возраст, прогрессирующее похудание
 - в) заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
 - г) тяжелая физическая работа
 - д) все перечисленное
32. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает
- а) вправление грыжи
 - б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
 - в) назначение наркотиков
 - г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
 - д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

33. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного
- а) грыжа запирающего отверстия
 - б) прямая паховая грыжа
 - в) бедренная грыжа
 - г) косая паховая грыжа
 - д) скользящая грыжа
34. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию
- а) Бассини и Постемского
 - б) Мартынова
 - в) Жирара - Спасокукоцкого
 - г) Руджи - Парлавецchio
 - д) Ру
35. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести
- а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
 - б) выполнение срочной операции
 - в) наблюдение
 - г) консервативное лечение
 - д) вправление грыжи
36. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать
- а) с липомой
 - б) с холодным натечником
 - в) с ущемленной паховой грыжей
 - г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
 - д) со всем перечисленным
37. Бедренные грыжи чаще встречаются
- а) у мужчин пожилого возраста
 - б) у многорожавших женщин
 - в) у женщин нерожавших
 - г) у юношей
 - д) у детей
38. Шейка мешка бедренной грыжи расположена
- а) впереди круглой связки
 - б) медиальнее бедренных сосудов
 - в) латеральнее бедренных сосудов
 - г) позади бедренных сосудов
 - д) медиальнее купферовской связки
39. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции
- а) по Мейо
 - б) по Лекснеру
 - в) по Сапежко
 - г) по Кину
 - д) по Терье - Черни

40. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме
- а) затрудненного дыхания
 - б) рвоты
 - в) цианоза
 - г) анемии
 - д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
41. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерно все указанное, кроме
- а) рефлюкс-эзофагита
 - б) ущемления
 - в) кровотечения
 - г) появления язвы желудка
 - д) экстракардиальной стенокардии
42. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме
- а) наличия болей в надлобковой области
 - б) наличия грыжевого выпячивания в паховой области
 - в) учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале
 - г) позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования
 - д) наличия положительного симптома Мейо-Робсона
43. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются
- а) со слизистого слоя
 - б) с подслизистого слоя
 - в) с мышечного слоя
 - г) с субсерозного слоя
 - д) с серозного слоя
44. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются
- а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
 - б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
 - в) невосприимчивость грыжи
 - г) отрицательный симптом кашлевого толчка
 - д) все перечисленное
45. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят
- а) в приводящей петле
 - б) в отводящей петле
 - в) в приводящей и отводящей петле в равной степени
 - г) в сегменте брыжейки ущемленной кишки
 - д) во всех перечисленных отделах
46. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать все перечисленное, исключая
- а) обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
 - б) деформацию двенадцатиперстной кишки
 - в) стеноз двенадцатиперстной кишки
 - г) стойкий парез кишечника
 - д) прорастание опухоли в головку поджелудочной железы
47. Причиной возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме

- а) дуоденостаза
 - б) стеноза сфинктера Одди
 - в) проявления аллергии
 - г) заброса желчи в панкреатический проток
 - д) инфекционных заболеваний (гепатита)
48. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме
- а) абсцесса поджелудочной железы
 - б) флегмоны забрюшинной клетчатки
 - в) ферментативного перитонита
 - г) острой сердечной недостаточности
 - д) обтурационной кишечной непроходимости
49. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме
- а) ограничения патологического процесса в брюшной полости
 - б) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
 - в) прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
 - г) улучшения кровоснабжения железы
 - д) уменьшения активности протеолитических ферментов
50. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия, кроме
- а) необходимости купировать болевой синдром
 - б) восполнения обмена циркулирующей крови
 - в) назначения больших доз антибиотиков
 - г) проведения комплексной детоксикации
 - д) лечения нарушений сократительной функции миокарда
51. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) стихания болей
 - б) исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии
 - в) повышения активности калликреин-кининовой системы крови
 - г) снижения лейкоцитоза
 - д) уменьшения степени лимфоцитопении
52. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть
- а) беременность
 - б) хронический холецистит
 - в) алкоголизм
 - г) травма живота
 - д) применение кортикостероидов
53. Для течения жирового панкреонекроза характерно все перечисленное, кроме
- а) образования постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
 - б) изолированного пневмотоза поперечно-ободочной кишки
 - в) наличия в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
 - г) положительного симптома Воскресенского
 - д) вовлечения в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

54. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме
- а) купирования болевого синдрома
 - б) снятия спазмы сфинктера Одди
 - в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы
 - г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
 - д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию
55. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является
- а) травма живота
 - б) применение кортикостероидов
 - в) алкоголизм
 - г) хронический холецистит
 - д) цирроз печени
56. Причинами развития свищей слепой кишки после аппендэктомии являются
- а) масштабы воспалительных и деструктивных изменений в отростке
 - б) диагностические ошибки
 - в) технические ошибки по ходу операции
 - г) ошибки в тактике лечения и ведения послеоперационного периода
 - д) все перечисленные
57. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается
- а) эвентрация
 - б) образование кишечных свищей
 - в) тромбоэмболия легочной артерии
 - г) формирование гнойников брюшной полости
 - д) пневмония
58. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме
- а) появления резкой боли
 - б) напряжения мышц передней брюшной стенки
 - в) брадикардии
 - г) Френикус- симптома
 - д) симптома Мейо - Робсона
59. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме
- а) ограниченного или разлитого желчного перитонита
 - б) образования подпеченочных гнойников
 - в) развития наружного желчного свища
 - г) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
 - д) развития поддиафрагмального абсцесса
60. Для холангита характерными являются
- а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
 - б) потрясающие ознобы
 - в) повышение потливости, жажда, сухость во рту
 - г) увеличение селезенки
 - д) все перечисленное
61. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме
- а) холангита
 - б) обтурационной желтухи

- в) рубцовых изменений протока
 - г) пролежней стенки протока
 - д) рака желчного пузыря
62. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является
- а) диетическое
 - б) медикаментозное
 - в) хирургическое
 - г) санаторно-курортное
 - д) лечение минеральными водами
63. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать
- а) типичную холецистэктомию
 - б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока
 - в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем
 - г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
 - д) наложить холецистостому
64. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток. Больному следует
- а) произвести холецистэктомию
 - б) произвести холецистэктомию, затем холангиографию
 - в) сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
 - г) наложить холецистостому
 - д) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
65. Острый деструктивный холецистит может привести к следующим осложнениям
- а) разлитому желчному перитониту
 - б) ограниченным гноям брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный и др.), абсцессу печени
 - в) холангиту
 - г) водянке желчного пузыря
 - д) всем перечисленным
66. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме
- а) холедохолитиаза
 - б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
 - в) отека головки поджелудочной железы
 - г) холангита
 - д) глистной инвазии общего желчного протока
67. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует
- а) пероральная холецистография
 - б) внутривенная холецистохолангиография
 - в) ретроградная (восходящая) холангиография
 - г) скинтиграфия печени
 - д) прямая спленопортография
68. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и
- а) слепой кишкой
 - б) малой кривизной желудка

- в) двенадцатиперстной кишкой
 - г) тощей кишкой
 - д) ободочной кишкой
69. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести
- а) гангрену и эмпиему желчного пузыря
 - б) острый панкреатит
 - в) желтуху
 - г) холангит
 - д) все перечисленное
70. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме
- а) развития желчной гипертензии
 - б) застоя желчи
 - в) образования конкрементов и замазки
 - г) развития обтурационной желтухи
 - д) дуоденостаза
71. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается
- а) с острым холециститом
 - б) с желчно-каменной болезнью
 - в) со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
 - г) с раком желчного пузыря
 - д) с хроническими неспецифическими заболеваниями легких
72. По воротной вене инфекция попадает в печень
- а) из воспалительных очагов органов брюшной полости
 - б) из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
 - в) из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
 - г) из желчевыводящих путей при гнойном холангите
 - д) из левых отделов сердца при септическом эндокардите
73. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах
- а) применения антибиотиков широкого спектра действия
 - б) применения комбинации антибиотиков
 - в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
 - г) учета степени выделения антибиотиков желчью
 - д) на всех перечисленных
74. Заболевание амёбным абсцессом печени, как правило, совпадает
- а) с учащением случаев амёбной дизентерии
 - б) с учащением случаев инфекционного гепатита
 - в) с учащением случаев описторхоза
 - г) с эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
 - д) с сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
75. Специфическим антиамёбным средством являются
- а) антибиотики аминогликозидового ряда
 - б) метранидазол
 - в) эметин, хлорохин, дифосфат
 - г) хинин
 - д) антибиотики цефалоспоринового ряда

76. Для поздней стадии цирроза печени характерно все перечисленное, кроме
- а) спленомегалии
 - б) варикозного расширения вен пищевода
 - в) варикозного расширения вен передней брюшной стенки
 - г) асцита
 - д) острого расширения желудка
77. Хорошим результатом после спленэктомии у больных портальной гипертензией считаются случаи
- а) когда больные не предъявляют жалоб
 - б) сохраняется работоспособность
 - в) отсутствует асцит и варикозно расширенные вены пищевода и желудка
 - г) сохраняются нормальные показатели лабораторных исследований
 - д) все перечисленное
78. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме
- а) пневмонии
 - б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода
 - в) пролежней
 - г) гиперсаливации
 - д) тиреоидита
79. Развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией, перенесших на высоте кровотечения различные оперативные вмешательства, зависит от всех перечисленных факторов, кроме
- а) функционального состояния печени
 - б) степени анемизации
 - в) длительности периода кровотечения
 - г) объема оперативного вмешательства
 - д) размеров печени и селезенки
80. Внутривенная форма портальной гипертензии может быть следствием
- а) цирроза печени
 - б) поддиафрагмального абсцесса
 - в) внутривенного холелитиаза
 - г) глистной инвазии
 - д) хронического панкреатита
81. После наложения портокавального анастомоза возможны явления энцефалопатии, обусловленные
- а) приемом большого количества белковой пищи
 - б) аммиачной интоксикацией
 - в) кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
 - г) голоданием
 - д) всем перечисленным
82. Причиной возникновения печеночной комы в послеоперационном периоде у больных с портальной гипертензией могут быть все перечисленные, кроме
- а) исходной неполноценности функционального состояния печени
 - б) операционной травмы
 - в) невосполненной кровопотери
 - г) осложнений послеоперационного периода
- (тромбоз портальной системы, кровотечения из вен пищевода, нагноение раны)
- д) внутривенного введения концентрированных растворов глюкозы

83. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является
- а) интермиттирующая лихорадка
 - б) общая слабость
 - в) спленомегалия
 - г) кровоточивость слизистой оболочки носа
 - д) маточные кровотечения
84. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся все перечисленные, кроме
- а) врожденных аномалий кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.)
 - б) чрезмерной подвижности органов врожденного или приобретенного характера
 - в) наличия спаек, тяжей, сращений
 - г) изменения моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза
 - д) наличия различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов
85. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая
- а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
 - б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
 - в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
 - г) "ситус висцерус инверзус"
 - д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления
86. Основными причинами гипернатриемии при острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме
- а) потери натрия с пищеварительными соками
 - б) перемещения натрия в клетки (трансмнерализация)
 - в) снижения уровня натрия вследствие развития метаболического алкалоза
 - г) выведения натрия с мочой
 - д) недостаточного поступления натрия в организм
87. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения
- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
 - б) уменьшение объема циркулирующей крови
 - в) развитие тканевой гипоксии
 - г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
 - д) все перечисленное
88. Тяжесть состояния больного при злооброзовании обусловлена
- а) интоксикацией
 - б) потерями жидкости и электролитов
 - в) выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
 - г) выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
 - д) всем перечисленным
89. Боль при острой кишечной непроходимости характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) обычно возникает внезапно, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток, без предвестников
 - б) часто носит приступообразный характер
 - в) носит нарастающий характер в течение всего периода заболевания

- г) отсутствует четкая локализация в каком-либо отделе брюшной полости
- д) бывает постоянной, не исчезающей полностью во вне приступный период

90. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

- а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
- б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
- г) шумом падающей капли
- д) "пустой" илеоцекальной областью

91. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является

- а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"
- б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

92. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются все перечисленные, кроме

- а) жидкость в кишечных петлях преобладает над газом
- б) вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие
- в) значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением
- г) чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве
- д) диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

93. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам

- а) обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут
- б) введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0.25% раствора новокаина
- в) нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли
- г) все перечисленное
- д) ни один из перечисленных приемов не пригоден для определения жизнеспособности кишки

94. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме

- а) деторсии
- б) сигмопексии
- в) мезосигмопликации
- г) резекции сигмовидной кишки
- д) выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

95. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме
- а) одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы с наложением анастомоза
 - б) одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза
 - в) резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки
 - г) операций Гартмана или типа Гартмана
 - д) выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу
96. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать
- а) с хирургического вмешательства
 - б) с инфузионной терапии
 - в) с введения назогастрального зонда
 - г) с антибиотикотерапии
 - д) с применения препаратов антиколинэстеразного действия
97. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является
- а) медикаментозное лечение
 - б) марсупиализация
 - в) резекция тела поджелудочной железы
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение кисты
98. Опухоль поджелудочной железы может быть обнаружена по следующим косвенным признакам, кроме
- а) расширения желчных протоков
 - б) увеличения размеров желчного пузыря
 - в) увеличения ретроперитонеальных лимфатических узлов
 - г) наличия метастазов в печени
 - д) увеличения размеров почек
99. При раке поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков у больных могут возникнуть все перечисленные осложнения, кроме
- а) печеночно-почечной недостаточности
 - б) сахарного диабета
 - в) асцита
 - г) недостаточности функции надпочечников
 - д) кровотечения из желудочно-кишечного тракта
100. Основными симптомами, возникающими у больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны в до желтушном периоде, являются все перечисленные, кроме
- а) слабости, повышенной утомляемости
 - б) анорексии, тошноты
 - в) похудения, развития сахарного диабета
 - г) болей в животе
 - д) развития почечной недостаточности

ВАРИАНТ 2

1. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
- а) анализ кала на скрытую кровь

- б) контрастную рентгеноскопию желудка
 - в) анализ желудочного сока на скрытую кровь
 - г) фиброгастроскопию
 - д) определение гемоглобина и гематокрита
2. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются
- а) пожилой возраст больного
 - б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
 - в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
 - г) рвота пищей, приносящая облегчение
 - д) шум плеска в желудке
3. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
- а) малой кривизны желудка
 - б) кардиального отдела желудка
 - в) антрального отдела желудка
 - г) нижнего отдела пищевода
 - д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
4. При перфоративной язве желудка необходимо провести
- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
 - в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
 - д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
5. К пострезекционным синдромам не относится
- а) синдром малого желудка
 - б) демпинг-синдром
 - в) синдром приводящей петли
 - г) желчный гастрит культи
 - д) сахарный диабет
6. Основным стимулятором освобождения секрета является
- а) соляная кислота
 - б) продукты расщепления белков
 - в) жиры
 - г) углеводы
 - д) все перечисленные факторы
7. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы
- а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
 - б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волеических расстройств
 - в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
 - г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано

8. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме
- а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
 - б) промывания желудка
 - в) введения растворов электролитов
 - г) введения белковых растворов
 - д) коррекции нарушения кислотно-щелочного состояния
9. Резекция на выключение может быть выполнена
- а) при низкой постбульбарной язве
 - б) при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
 - в) при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
 - г) ни в одном из перечисленных выше случаев
 - д) во всех перечисленных выше случаях
10. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено неподвижное инородное тело. В данном случае необходимо
- а) назначить вазелиновое масло
 - б) назначить прием минеральной воды
 - в) выписать больного на амбулаторное наблюдение
 - г) назначить эзофагогастроскопию
 - д) назначить рентгенологический контроль
11. Острое расширение желудка может быть быстро распознано
- а) рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
 - б) лапароцентезом
 - в) назогастральной интубацией
 - г) перкуссией брюшной стенки
 - д) исследованием плазмы крови на серотонин
12. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные
- а) снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
 - б) поздней обращаемостью
 - в) возможностью психозов
 - г) возможностью суицидальных попыток
 - д) всем перечисленным
13. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают
- а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - б) постбульбарные язвы
 - в) язвы малой кривизны желудка
 - г) язвы большой кривизны желудка
 - д) язвы всех указанных локализаций
14. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
- а) доскообразный живот
 - б) сильные боли в эпигастрии
 - в) боли в поясничной области
 - г) повышение лейкоцитоза до 15000
 - д) легкая желтуха склер и кожных покровов
15. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

- а) остановившееся желудочное кровотечение
- б) перфоративная язва
- в) пенетрирующая язва
- г) стеноз выходного отдела желудка
- д) малигнизированная язва

16. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме

- а) хронического холецистита
- б) хронического колита
- в) хронического аппендицита
- г) хронического панкреатита
- д) мезаденита

17. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме

- а) больших размеров язвы
- б) язвы большой глубины (пенетрирующей)
- в) низкой кислотности желудочного сока
- г) безуспешности консервативного лечения
- д) каллезной язвы

18. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме

- а) болей через 1-1.5 часа после приема пищи
- б) желтухи
- в) иррадиации болей в поясничную область
- г) ночных болей
- д) рвоты

19. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

- а) в абдоминальном отделе пищевода
- б) в кардиальном отделе желудка
- в) в антральном отделе желудка
- г) в пилорическом отделе желудка
- д) в теле желудка

20. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается

- а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

21. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят

- а) от расположения желудка
- б) от локализации прободного отверстия
- в) от анатомического строения боковых каналов
- г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
- д) от всего перечисленного

22. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является

- а) энзимотерапия
- б) антибиотикотерапия
- в) назогастральная интубация
- г) рентгенотерапия
- д) все вышеперечисленное

23. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

- а) тахикардия
- б) схваткообразная боль
- в) локализованная, умеренная боль
- г) внезапно возникшая интенсивная боль
- д) жидкий стул

24. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
- в) ушивание прободной язвы
- г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
- д) резекция желудка на выключение

25. Рак желудка всегда метастазирует

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в регионарные лимфоузлы
- г) в кости
- д) по брюшине

26. Ранним признаком рака желудка следует считать

- а) анемию
- б) отвращение к мясным блюдам
- в) увеличенную СОЭ
- г) ни один из перечисленных признаков
- д) все перечисленные признаки

27. Основными путями метастазирования рака желудка являются

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) имплантационный
- г) ни один из перечисленных
- д) все перечисленные

28. К предраковым заболеваниям желудка относятся

- а) хронический атрофический гастрит
- б) хроническая каллезная язва желудка
- в) полипоз желудка
- г) ни одно из перечисленных
- д) все перечисленные

29. Рак желудка наиболее часто локализуется

- а) в кардиальном отделе желудка
- б) по большой кривизне желудка
- в) по малой кривизне желудка
- г) в антральном отделе желудка
- д) в дне желудка

30. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме
- а) метастазов в легкое
 - б) метастазов Крукенберга
 - в) метастаза Вирхова
 - г) метастаза Шпицлера
 - д) метастазов в желудочно-поджелудочную связку
31. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо
- а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
 - б) вначале рассечь грыжевой мешок
 - в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
 - г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
 - д) сделать лапаротомию
32. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является
- а) гигантский размер грыжи
 - б) беременность во второй ее половине
 - в) флегмона грыжевого мешка
 - г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
 - д) ни один из перечисленных
33. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает
- а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
 - б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
 - в) поставить очистительную клизму
 - г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
 - д) ни одна из рекомендаций не верна
34. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме
- а) апоневроза наружной мышцы живота
 - б) подвздошно-гребешковой связки
 - в) паховой связки
 - г) нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
 - д) поперечной фасции живота
35. Невправимость грыжи зависит
- а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
 - б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
 - в) от сужения грыжевых ворот
 - г) от выхождения в нее мочевого пузыря
 - д) от выхождения в нее слепой кишки
36. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние
- а) 5-10 см б) 15-20 см в) 25-30 см г) 35-40 см д) 45-50 см
37. Паховую грыжу следует дифференцировать
- а) с водянкой яичка
 - б) с паховым лимфаденитом
 - в) с варикозным расширением вен семенного канатика
 - г) с водянкой семенного канатика
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями

38. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть
- а) к трансиллюминации и пальпации
 - б) к пункции
 - в) к перкуссии
 - г) к аускультации
 - д) к пальцевому исследованию прямой кишки
39. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают
- а) раневая инфекция
 - б) послеоперационный парез
 - в) срединный разрез
 - г) неправильная техника ушивания раны
 - д) все выше перечисленное
40. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах
- а) Рихтеровской
 - б) косой паховой
 - в) скользящей
 - г) прямой паховой
 - д) ни в одной из перечисленных
41. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция
- а) по Бассини
 - б) по Мартынову
 - в) по Руджи
 - г) по Жирау - Спасокукоцкому
 - д) по Ру
42. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать
- а) дисфагические явления
 - б) нарушение ритма сердца
 - в) псевдостенокардиальные явления
 - г) ни одно из перечисленных явлений
 - д) все перечисленные
43. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения
- а) повреждения сосудов
 - б) ранение нервов брюшной стенки
 - в) пересечение семявыводящего протока
 - г) ранение кишки и мочевого пузыря
 - д) все перечисленные
44. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме
- а) тонкой кишки и Меккелева дивертикула
 - б) сигмовидной кишки и сальника
 - в) слепой кишки и червеобразного отростка
 - г) маточной трубы и яичника
 - д) желчного пузыря и желудка
45. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся
- а) бедренные
 - б) косые паховые

- в) пупочные
 - г) грыжи белой линии живота
 - д) прямые паховые
46. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны
- а) с бедренной артерией
 - б) с бедренной веной
 - в) с куперовской связкой
 - г) с бедренным нервом
 - д) с пупартовой связкой
47. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме
- а) выраженной лихорадки
 - б) быстрого появления желтухи
 - в) быстрого похудения
 - г) сильного кожного зуда
 - д) диспептических расстройств
48. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме
- а) нарастания интоксикации
 - б) осложнения гнойным перитонитом
 - в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов
 - г) сочетания с деструктивной формой холецистита
 - д) резкого вздутия живота
49. Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме
- а) лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
 - б) травмы поджелудочной железы
 - в) хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
 - г) хирургических вмешательств на органах брюшной полости
 - д) тиреотоксикоза
50. При лечении острого панкреатита не должны применяться
- а) отсасывание содержимого желудка
 - б) введение глюконата кальция
 - в) холецистостомия
 - г) спазмолитики
 - д) препараты опиоидов
51. Ингибиторы протеаз
- а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
 - б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
 - в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
 - г) купируют процессы кининообразования
 - д) все перечисленное
52. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме
- а) образования ложной кисты
 - б) развития хронического панкреатита
 - в) появления сахарного диабета
 - г) развития кистозного фиброза железы
 - д) возникновения инсуломы

53. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится
- а) в артериальной крови
 - б) в венозной крови
 - в) в экссудате брюшной полости
 - г) в лимфе
 - д) в моче
54. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет
- а) 16 единиц
 - б) 32 единицы
 - в) 64 единицы
 - г) 128 единиц
 - д) 256 единиц
55. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме
- а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
 - б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
 - в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
 - г) перитонита
 - д) септического эндокардита
56. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль
- а) операционная травма
 - б) холелитиаз
 - в) пенетрирующая пептическая язва
 - г) алкоголь
 - д) все перечисленные факторы
57. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме
- а) попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов
 - б) попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов
 - в) попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
 - г) активирования калликреин- кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови
 - д) наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
58. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает
- 1) вскрытие и дренирование гнойных затеков
 - 2) активную аспирацию из раны
 - 3) срочную радикальную операцию
 - 4) интенсивную терапию
 - 5) отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода
- а) правильно 1, 2, 3 и 4
 - б) правильно 2, 3, 4 и 5
 - в) правильно 1, 3, 4 и 5
 - г) правильно 1, 2, 4 и 5
 - д) правильно 1, 2, 3 и 5
59. Ведущим в лечении больных перитонитом является
- а) хирургическое вмешательство
 - б) дезинтоксикационная терапия
 - в) рациональная антибиотикотерапия
 - г) борьба с парезом кишечника
 - д) устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

60. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме
- а) массы тела больного
 - б) характера микрофлоры
 - в) степени выраженности интоксикации
 - г) гиповолемии
 - д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия
61. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме
- а) врожденных аномалий и вариабельности топографии протоков
 - б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печечно-двенадцатиперстной связи
 - в) технических и тактических ошибок хирургов
 - г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
 - д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
62. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно
- а) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой
 - б) сшив проток на Т-образном дренаже
 - в) сшив проток на Г-образном дренаже
 - г) наложив билиодигестивный анастомоз
 - д) любым из перечисленных
63. К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме
- а) приступообразных болей типа печеночной колики
 - б) быстрого развития желтухи после болевого приступа
 - в) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
 - г) похудания, резкой слабости
 - д) неинтенсивного зуда кожи
64. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует
- а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
 - б) наложить холедоходуоденоанастомоз
 - в) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
 - г) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
 - д) наложить холедохоэнтероанастомоз
65. Перемежающуюся желтуху можно объяснить
- а) камнем пузырного протока
 - б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
 - в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
 - г) вентильным камнем холедоха
 - д) опухолью внепеченочных желчных протоков
66. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся
- а) опухоли гепатопанкреатодуоденальной области

- б) стеноз большого дуоденального сосочка
 - в) холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита
 - г) дуоденальная гипертензия
 - д) глистная инвазия
67. Острый холецистит необходимо дифференцировать
- а) с прободной язвой желудка
 - б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
 - в) с правосторонней базальной пневмонией
 - г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
 - д) со всем перечисленным
68. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее
- а) диетотерапия, применение спазмолитиков
 - б) санаторно-курортное лечение
 - в) плановое хирургическое лечение
 - г) лечение сахарного диабета и стенокардии
 - д) хирургическое лечение только по витальным показаниям
69. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать
- а) абсцесс печени
 - б) внутрипеченочный сосудистый блок
 - в) билиарный цирроз печени
 - г) непроходимость желчных путей при механической желтухе
 - д) хронический гепатит
70. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано
- а) с желчно-каменной болезнью
 - б) со стенозирующим папиллитом
 - в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
 - г) с псевдотуморозным панкреатитом
 - д) с опухолью головки поджелудочной железы
71. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных
- а) механической желтухой
 - б) панкреатитом
 - в) при расширении общего желчного протока
 - г) с клиникой холедохолитиаза
 - д) во всех перечисленных ситуациях
72. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме
- а) воротной вены
 - б) печеночной артерии
 - в) нижней полой вены
 - г) желчевыводящих путей
 - д) лимфатических сосудов
73. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются
- а) при остром деструктивном холецистите
 - б) при заплзании аскарид во внутрипеченочные желчные ходы
 - в) при нагноении вокруг инородного тела печени
 - г) при нагноении паразитарной кисты печени

д) при тяжелом гнойном холангите

74. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является

- а) резекция доли или сегмента печени
- б) наложение билиодигестивного соустья
- в) вскрытие и дренирование абсцесса
- г) трансплантация печени
- д) гемигепатэктомия

75. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме

- а) множественных подкапсульных расположений
- б) крупных размеров
- в) отсутствия истинной пиогенной оболочки
- г) содержимого коричневатого цвета
- д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу"

76. При наличии крупных амебных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться

- а) с пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамебных препаратов
- б) с лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
- в) с резекцией пораженной доли печени
- г) с гемигепатэктомией
- д) ничего из вышеперечисленного

77. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все перечисленные заболевания, кроме

- а) гепатита
- б) хронического алкоголизма
- в) кишечных заболеваний
- г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
- д) травмы позвоночника

78. К неудовлетворительным результатам спленэктомии при портальной гипертензии относится явление всех указанных признаков, кроме

- а) рецидива гастроэзофагеального кровотечения
- б) нарастания асцита
- в) появления геморрагической тромбоцитемии
- г) прогрессирующего ухудшения функционального состояния
- д) периодического повышения артериального давления

79. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять

- а) на 6-10 часов
- б) на 12-18 часов
- в) на 1-8 суток
- г) на 9-12 суток
- д) на 13-15 суток

80. Предпосылкой для развития портальной гипертензии служит все перечисленное, кроме

- а) острой сердечной недостаточности
- б) ишемии органов брюшной полости
- в) соединительно-тканной перестройки паренхимы печени
- г) блока притока вероятной крови к печени

- д) окклюзии печеночных вен
81. Спленомегалия, "голова медузы" и асцит появляются
- при вирусном гепатите В
 - при панцирном перикардите
 - при портальной гипертензии
 - при болезни Жильбера
 - при хроническом панкреатите
82. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие
- низкого уровня белка сыворотки крови
 - внепеченочного блока
 - внутрипеченочного блока
 - цирроза печени
 - всего перечисленного
83. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме
- удвоения кишечника
 - общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
 - ситус висцерус инверзус
 - мобильный цекум
 - мегадолихосигмы
84. Перерастяжению кишечной стенки при острой кишечной непроходимости способствуют
- пищеварительные соки
 - пищевые массы
 - газы
 - транссудат
 - все перечисленное
85. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме
- синуситов и отитов
 - бронхитов и пневмонии
 - тромбоза легочной артерии
 - стеноза пищевода и гортани
 - разрыва варикозно расширенных вен пищевода
86. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме
- ухудшения вентиляции легких
 - дополнительной потери жидкости
 - дополнительной потери белков и эритроцитов
 - возникновения мезентеральных тромбозов
 - развития функциональной кишечной непроходимости
87. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме
- преимущественно желудочным содержимым
 - преимущественно тонкокишечным содержимым
 - преимущественно толстокишечным содержимым
 - с каловым запахом
 - цвета кофейной гущи
88. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят
- с рвотными массами

- б) с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
- в) с кожной поверхности в виде пота
- г) с мочой
- д) всеми перечисленными путями

89. Для симптома Обуховской больницы характерны

- а) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
- б) шум падающей капли
- в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

90. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны

- а) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- б) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
- в) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- г) "пустая" илеоцекальная область
- д) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

91. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть

- а) потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
- б) цианоз кишки
- в) тусклость брюшинного покрова
- г) отсутствие пульсации сосудов брыжейки
- д) все перечисленное

92. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны

- а) серозного покрова
- б) мышечного слоя
- в) подслизистого слоя
- г) слизистого слоя
- д) со стороны всех слоев одновременно

93. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться

- а) в применении бариевой клизмы
- б) в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду
- в) в расправлении заворота с помощью колоноскопа
- г) возможен любой способ из указанных вариантов лечения
- д) ни один из указанных методов лечения

94. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место

- а) при спаечной кишечной непроходимости
- б) при обтурационной кишечной непроходимости
- в) при странгуляционной кишечной непроходимости
- г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости

д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

95. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является

- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина
- б) рецидив кисты
- в) послеоперационное кровотечение
- г) инфекция
- д) злокачественное перерождение

96. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является

- а) цистогастростомия
- б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
- в) цистоеюностомия на отключенной петле
- г) ни один из перечисленных анастомозов
- д) все перечисленные анастомозы

97. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением

- а) способствует выявлению характера желтухи
- б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков
- в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований
- г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени
- д) оказывает помощь в выработке тактики лечения

98. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме

- а) канцероматоза брюшины
- б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень
- в) сдавления воротной вены опухолью
- г) тромбоза воротной вены
- д) спленомегалии

99. Клиническая картина рака головки поджелудочной железы не зависит

- а) от размеров опухоли
- б) от локализации опухоли
- в) от отношения опухоли к общему желчному протоку
- г) от распространения опухоли на двенадцатиперстную кишку
- д) от распространения опухоли на ворота селезенки

100. У больных раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью

возникают все перечисленные симптомы, кроме

- а) болей в верхнем отделе живота
- б) нарушения переваривания пищи
- в) кишечных расстройств
- г) похудания
- д) исчезновения сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли