
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра хирургических болезней №1
Кафедра хирургических болезней №2**

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального координационного
учебно - методического совета
от 14 марта 2023 г. № 4**

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

«Государственной итоговой аттестации»

**Основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по
группе научных специальностей 3.1. Клиническая медицина, по научной
специальности 3.1.9. Хирургия, утвержденной ректором ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России
«13» апреля 2023 г.**

Для аспирантов 3 года обучения
По специальности 3.1.9. Хирургия

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедр
от 14 февраля 2023 г. (протокол № 1)**

Заведующий кафедрой хирургических болезней №2,
профессор В.З. Тотиков

Профессор кафедры хирургических болезней №1,
профессор Ц.С. Хутиев

Владикавказ 2023

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств - перечень вопросов по практическим навыкам -
ситуационные задачи - перечень вопросов к зачету/экзамену

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ ПП	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины	Наименование оценочного средства
1	2	3
Вид контроля	Государственная итоговая аттестация	БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С
Зачет, экзамен	Государственная итоговая аттестация	

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. Осложнением ЖКБ не является:

- а) водянка желчного пузыря;
- б) эмпиема желчного пузыря;
- в) желтуха;
- г) холангит;
- +д) гемангиома печени.

2. Не доказано, что осложнением ЖКБ является:

- а) стеноз БДС;
- б) панкреатит;
- в) холангиогенный гепатит с апостематозом;
- г) пузырнодуоденальная фистула;
- +д) склерозирующий холангит.

3. В развитых странах ЖКБ страдают:

- +а) 5-15 %;
- б) 20-30 %;
- в) 40-60 %;
- г) 60-70%;
- д) более 70 % населения.

4. Основная причина острого панкреатита:

- а) травма;
- б) пищевая аллергия;
- +в) ЖКБ и алкоголизм;
- г) тромбоз сосудов;
- д) язвенная болезнь 12-перстной кишки.

5. Что неверно для патогенеза острого панкреатита?

- а) развивается воспалительно-некротическое поражение железы;
- +б) инфекция с первых часов играет ведущую роль в развитии заболевания;
- в) идет аутолиз ткани липолитическими ферментами;
- г) идет самопереваривание активированными протеолитическими ферментами;
- д) развивается тромбоз сосудов.

6. В клинито-морфологической классификации панкреатита отсутствует:

- а) отечный панкреатит;
- +б) флегмонозный панкреатит;
- в) жировой панкреонекроз;
- г) геморрагический панкреонекроз;
- д) инфицированный панкреонекроз.

7. При эхинококкозе наиболее часто поражается:

- +А) печень
- Б) селезенка
- В) головной мозг
- Д) легкие

8. Промежуточным хозяином эхинококка является:

- А) собака
- Б) волк
- +В) человек
- Д) кошка

9. Основным методом диагностики опухоли БДС является:

- а) рентгенологический;
- б) ультразвуковой;
- в) томографический;
- +г) эндоскопический;
- д) серологический.

10. Для диагностики опухоли головки поджелудочной железы, как правило, не используют:

- а) КТ и УЗИ;
- б) холангиографию;
- в) дуоденографию;
- г) пункционную биопсию;
- + д) лапароскопию.

11. Наиболее оптимальным для больного способом лечения опухоли головки поджелудочной железы является:

- а) химиотерапия;
- б) вакцинотерапия;
- в) лучевая терапия;
- + г) хирургическая операция;
- д) симптоматическая терапия.

12. Что неверно для посттравматической стриктуры холедоха с желтухой?

- а) желтуха безболевая;
- б) возможен холангит;
- +в) УЗИ в диагностике не используют из-за малой информативности;
- г) для диагностики используют ретроградную и антеградную холангиографию;
- д) показано оперативное лечение.

13. Вздутие живота, развитие метеоризма при остром панкреатите обусловлено:

- а) сдавлением толстой кишки утолщенной железой;
- б) сдавлением 12-перстной кишки отеком головки поджелудочной железы;
- +в) парезом кишечника;
- г) рвотой;
- д) уменьшением количества панкреатического сока.

14. ФГДС при остром панкреатите позволяет:

- а) установить стадию заболевания;
- б) уточнить распространенность поражения железы;
- в) подтвердить диагноз острого панкреатита;
- +г) оценить состояние БДС;
- д) выявить локализацию процесса и форму панкреатита.

15. Лапароскопия при остром панкреатите не позволяет:

- а) обнаружить гидроперитонеум;
- +б) установить вируснолитиаз;
- в) выявить бляшки стеатонекроза;
- г) выполнить блокаду круглой связки печени;
- д) установить дренажи.

16. Камнеобразованию способствует все, кроме:

- а) застоя желчи;
- +б) нарушения секреции поджелудочной железы;
- в) обменных нарушений;
- г) воспалительных изменений слизистой желчного пузыря;
- д) дискинезии.

17. Осложнением холецистолитиаза не является:

- +а) цирроз печени;
- б) водянка желчного пузыря;
- в) эмпиема желчного пузыря;
- г) подпеченочный инфильтрат;
- д) подпеченочный абсцесс.

18. Для начинающегося острого панкреатита наиболее характерны боли:

- а) постоянные ноющие в эпигастрии;
- +б) постоянные сильные опоясывающие в верхних отделах живота;
- в) кинжальные боли в верхних отделах живота;
- г) схваткообразные боли в животе;
- д) приступообразные боли в животе.

19. Какой симптом менее всего характерен для острого панкреатита?

- а) рвота;
- б) вздутие живота;
- в) желтуха;
- г) тахикардия;
- +д) частый жидкий стул.

20. При остром панкреатите не выделяют периода:
- а) гемодинамических нарушений;
 - б) панкреатогенного шока;
 - +в) субкомпенсации;
 - г) функциональной недостаточности внутренних органов;
 - д) периода гнойных осложнений.

21. Возбудителем эхинококкоза является:
- +А) *Echinococcus granulosus*
 - Б) *Echinococcus alveolaris*
 - В) *Opisthorchosis*
 - Г) *Tachiosiscusticercosis*

22. Возбудителем альвеококкоза является:
- а) *Tachiosiscusticercosis*
 - б) *Echinococcus granulosus*
 - +в) *Echinococcus alveolaris*
 - д) *Opisthorchosis*

23. Что не верно для обтурационного холедохолитиаза?
- а) боли часто предшествуют желтухе;
 - б) озноб является признаком холангита;
 - в) развивается при желтухе гипокоагуляция;
 - +г) обследование начинают с ретроградной холангиографии;
 - д) показано оперативное лечение.

24. Чему более всего соответствуют симптомы, возникшие через месяц после холецистэктомии опоясывающие боли, желтуха, холангит?
- а) обтурационный холедохолитиаз;
 - +б) обтурационный папиллолитиаз;
 - в) посттравматическая стриктура холедоха;
 - г) лигирование холедоха во время операции;
 - д) оставление длинной культи пузырного протока.

25. Через 10 дней после холецистэктомии по наружному дренажу холедоха выделяется 1 литр желчи. Выберите пункты, соответствующие ситуации:
- 1) перевязать дренаж холедоха; 2) сформировался полный наружный желчный свищ;
 - 3) основная масса желчи поступает в 12 п. кишку; 4) выполнить фистуло-холангиографию; 5) возможен холедохолитиаз;
 - б) можно продолжить лечение амбулаторно.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1,3,6;
 - б) 3,5,6;
 - +в) 2,4,5;
 - г) 2,4,6;
 - д) 1,5,6.

26. Развитие жирового панкреонекроза связано:
- а) с амилазой;
 - б) с трипсиногеном;
 - +в) с липазой;
 - г) с инсулином;
 - д) с глюкагоном.

27. При жировом неинфицированном панкреонекрозе показано лечение:
- а) лапаротомия, дренирование сальниковой сумки;
 - б) лапаротомия, некрэктомия;
 - в) лапаротомия. Иссечение капсулы железы;
 - г) дистальная резекция железы;
 - +д) консервативное лечение.

28. При лапароскопии обнаружена геморрагическая жидкость и очаги жирового некроза на брюшине. О чем в первую очередь будете думать?
- а) о разрыве паренхиматозного органа;
 - б) о разрыве полого органа;

- в) о перфорации язвы 12-перстной кишки или желудка;
- +г) об остром панкреатите;
- д) о мезентериальном тромбозе.

29. При неинфицированном геморрагическом очаговом панкреонекрозе не показано:

- +а) экстренная лапаротомия;
- б) лечебная лапароскопия;
- в) катетеризация круглой связки печени;
- г) катетеризация чревного ствола;
- д) терапия цитостатиками и ингибиторами протеаз.

30. Вы не будете использовать для диагностики ЖКБ:

- а) в/в холеграфию;
- б) УЗИ;
- +в) сканирование печени;
- г) РХПГ;
- д) компьютерную томографию.

Контрольные вопросы

1. Антисептики для обработки ран.
2. Сделать трахеостомию.
3. Осуществить профилактику столбняка.
4. Структура хирургического отделения поликлиники и оснащение его помещений.
5. Инструменты, материалы для проведения аспирационно-промывного лечения гнойника.
6. Оказать первую помощь при электротравме, ожогах, отморожениях, укусах животными, ядовитыми змеями и насекомыми.
7. Произвести внутривенные, внутриартериальные пункции.
8. Ведение медицинской документации в хирургическом отделении поликлиники.
9. Критерии пригодности крови для переливания.
10. Осуществить сердечно-легочную реанимацию (на муляже).
11. Определить группу крови по системе АОВ и Rh.
12. Медицинская документация при лечении онкологических больных в общехирургическом стационаре.
13. Препараты для парентерального питания.
14. Наложить транспортные шины Дитрикса и Крамера.
15. Подготовить систему для внутривенной инфузии. Осуществить внутривенное вливание.
16. Структура хирургических отделений центральной районной больницы, оснащение его пом Кровезаменители гемодинамического и дезинтоксикационного действия.
17. Остановить наружное артериальное кровотечение с помощью резинового жгута.
18. Катетеризировать мочевого пузыря.
19. Медицинская документация больного хирургического отделения городской больницы.

Ситуационные задачи

1. У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренажное дренирование плевральной полости через 2 межреберье по средне-ключичной линии», послеоперационный период протекал гладко, но по вечерам больного беспокоила субфебрильная температура, незначительный кашель. В послеоперационном периоде была проведена адекватная антибиотикотерапия, назначен курс ЛФК, дыхательной гимнастики. Дренаж удален на 3-и сутки – без осложнений.

На 10-е сутки больной обратился к врачу с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, общую слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные; цианоз губ и акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В последнем принимают участие вспомогательные мышцы. Справа межреберные промежутки расширены, сглажены; слева – не изменены; голосовое дрожание справа отсутствует, слева – не изменено. Перкуторно справа – притупление над всей поверхностью легочного поля, слева притупление треугольной формы около позвоночного столба на уровне VIII ребра. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – везикулярное. Частота дыхательных движений - 30 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие ошибки допущены в лечении больного?
4. Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза?
5. Назовите нормальные показатели биохимии крови (общий белок, альбумин, глобулин, мочевины, креатинин)?
6. Сформулируйте тактику ведения данного пациента?
7. В чем оно будет заключаться?
8. Какие условия необходимо соблюсти при лечении данной патологии?

2. Больной 35 лет находился на стационарном лечении в течение 3-х недель с диагнозом “Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония”. Спустя 2 дня после выписки у больного повысилась температура до 39 °С; появились озноб, общее недомогание, потливость, головокружение, головная боль, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Обратился за помощью и был направлен в хирургическое отделение на обследование и лечение.

Объективно: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхательных движений - 22 в минуту. При внешнем осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации грудной клетки отмечается болезненность в нижних отделах справа. Голосовое дрожание в нижнем отделе правой половины грудной клетки усилено. Перкуторно: притупление звука в этом отделе. Границы легких в норме. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, с жестковатым оттенком. Справа в нижних отделах имеется небольшое количество разнокалиберных хрипов. Пульс - 98 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза?
4. Тактика ведения пациента?
5. Сформулируйте показания к хирургическому лечению данной патологии?
6. Назовите возможные типы операций?

3. Больной 52 лет предъявляет жалобы на слабость, чувство тяжести в подложечной области, боли, не связанные с приемом пищи, отрыжку тухлым. За два месяца похудел на 7 кг.

В течение 12 лет болеет хроническим гастритом по поводу которого регулярного лечения не получал. Усиление болей отмечает в течение последних 1,5 месяцев.

При осмотре нормостенического телосложения, кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, число дыхательных движений 20 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Пульс 68 ударов в минуту.

Язык обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, мягкий, участвует в дыхании. Отмечается болезненность при пальпации в эпигастриальной области, где нечетко пальпируется инфильтрат. Печень по краю реберной дуги; край ее острый, при пальпации безболезненный. Желчный пузырь не определяется. Селезенка не увеличена. Стул не нарушен. Диурез адекватен.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими другими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования должны быть проведены больному для уточнения диагноза?
4. Какое лечение должно быть назначено больному?
5. Правильной ли была тактика ведения больного на протяжении 15 лет?

4. Больной 65 лет поступил в районную больницу с жалобами на многократную рвоту типа «кофейной гущи».

Подобные жалобы впервые. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной приемом алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая рвота

сопровождалась извержением рвотных масс цвета «кофейной гущи». Появилась слабость. Обратился за помощью в больницу.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется по краю реберной дуги, край закруглен, безболезненный, неровный. Селезенка обычных размеров. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5 раз в сутки. Стул жидкий, черного цвета, 3 раза в день.

При ФГДС выявлено, что в просвете желудка до 200 мл жидкой темной крови со сгустками. Кардия смыкается. На левой стенке кардиального жома дефект слизистой 2 x 8 мм, умеренно кровоточащий.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования следует провести с целью верификации диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какова причина данного заболевания?
5. Ваша тактика ведения больного?
6. Назовите принципы лечения?

5. В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно была обильная многократная рвота. Пациент сильно похудел. За помощью не обращался.

При осмотре: общее состояние тяжелое; больной истощен; обезвожен. Артериальное давление – 90/65 мм рт.ст. Пульс – 84 удара в минуту, аритмичный. Тоны сердца приглушены.

Отмечается западение нижней половины живота и выпячивание подложечной области, где имеется гиперпигментация кожи и определяется шум плеска. Отмечается симптом «песочных часов». При перкуссии желудок определяется на уровне гребня подвздошной кости. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, закруглен, безболезненный, неровный. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 3-4 дня, диурез адекватен.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чем связано состояние больного?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Назовите тактику ведения пациента?
6. В чем будет заключаться его лечение?
7. Каковы варианты операций?