

**Оценочные средства для проведения аттестации
по дисциплине «Инновационные методы диагностики и
лечения в абдоминальной хирургии»
для обучающихся 2020 года поступления
по образовательной программе
31.05.01 Лечебное дело,
направленность (профиль) Лечебное дело,
(специалитет)
форма обучения очная
2025-2026 учебный год.**

1. Оценочные средства для проведения текущей аттестации по дисциплине

1.1. Оценочные средства для проведения аттестации на занятиях семинарского типа

Аттестация на занятиях семинарского типа включает следующие типы заданий: тестирование, решение ситуационных задач, оценка освоения практических навыков (умений), собеседование по контрольным вопросам.

1.1.1. Примеры тестовых заданий

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.3.1; ПК-2.3.2; ПК-3.3.1; ПК-3.3.2

001. ПЕРВИЧНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ ПРИ РАЗВИТИИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение секреторной функции
- 2) нарушение всасывательной функции
- 3) нарушение моторно-эвакуаторной функции
- 4) нарушение барьерной функции
- 5) нарушение эндокринной функции

002. НАИБОЛЬШИЙ УРОН ПРИ СИНДРОМЕ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОКАЗЫВАЕТ

- 1) угнетение иммунной системы кишечника
- 2) нарушение барьерной функции
- 3) ишемия кишечной стенки
- 4) разбалансировка системы оксиданты-антиоксиданты в кишечной стенке
- 5) повреждение кишечной стенки токсическими продуктами, образованными в связи с извращенным внутрикишечным и пристеночным пищеварением

003. В III СТАДИИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

- 1) отсутствие кишечных перистальтических шумов
- 2) боль с характерным чувством распирания в животе
- 3) рвота
- 4) шум «плеска»
- 5) неприятный запах и вкус в ротовой полости

004. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нейрорефлекторное торможение в ЦНС, в ответ на мощную афферентную импульсацию со стороны рецепторов брюшной полости
- 2) блокирующее воздействие кислых гидролаз на передачу нервных импульсов к кишечной стенке и в самой кишечной стенке

- 3) токсическое воздействие на кишечную стенку продуктов метаболизма непрерывно размножающейся патогенной (аллохтонной) микрофлоры, колонизирующей проксимальные отделы ЖКТ
- 4) распространение воспалительного экссудата и ферментов поджелудочной железы на корни брыжеек кишечника
- 5) гипоксический и энзиматический гипозергозы

005. НАИБОЛЕЕ РАЗВЕРНУТАЯ КАРТИНА СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) 12 - перстной кишки
- 2) толстой кишки
- 3) области илеоцекального угла
- 4) тощей кишки
- 5) подвздошной кишки

006. ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ 3-ГО СЕГМЕНТА СТВОЛА ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ НАСТУПАЕТ ИНФАРКТ

- 1) всей тонкой кишки
- 2) тонкой и правой половины толстой кишки
- 3) только подвздошной кишки
- 4) терминальной части тощей кишки и всей подвздошной кишки
- 5) только слепой кишки

007. УФО КРОВИ ОБЛАДАЕТ ДЕЙСТВИЕМ

- 1) противовоспалительным
- 2) антисептическим
- 3) иммунодепрессивным
- 4) иммунокорректирующим
- 5) дезинтоксикационным

008. ПОКАЗАНИЯМИ К ЛАПАРОСТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокий риск эвентрации при обширном нагноении раны
- 2) поздние операции при послеоперационном перитоните
- 3) эвентрация в гнойную рану при распространенном перитоните
- 4) анаэробный перитонит
- 5) распространенный перитонит поздней стадии

009. ОПТИМАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) клиндамицин и метронидазол
- 2) метронидазол и цефалоспорины II поколения
- 3) аминогликозиды и цефалоспорины I поколения
- 4) цефалоспорины III поколения

010. ОБЩЕПРИНЯТЫМ СТАНДАРТОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ ЕГО В ПОЛОСТИ

- 1) матки
- 2) прямой кишки
- 3) мочевого пузыря
- 4) желудка

1.1.2. Пример ситуационной задачи

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.3.1; ПК-1.3.2; ПК-2.3.1; ПК-2.3.2; ПК-3.3.1; ПК-3.3.2

1. Мужчина 47 лет, был оперирован по поводу катарального аппендицита. Течение послеоперационного периода без особенностей, на 5 сутки рана без признаков воспаления, были прорежены швы. Вечером появились боли внизу живота с иррадиацией в промежность и прямую кишку, повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, тахикардия, слабость, сухость в ротовой полости, жажда, тенезмы, частое мочеиспускание. При осмотре: умеренные боли над лобком, кишечные шумы равномерны, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Небольшими порциями жидкий стул со слизью. При ректальном исследовании определяется нависание и резкая болезненность передней стенки прямой кишки. Определяется разница ректальной и подмышечной температуры более чем на 1°C . Анализ крови: лейкоциты - 20×10^9 , в лейкоформуле - палочкоядерных 39%.

1. Какое осложнение наступило у больного?
2. Причины данных осложнений?
3. Какие методы инструментального исследования следует применить?
4. Каковы способы лечения и профилактики?

1.1.3. Примеры заданий по оценке освоения практических навыков

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.3.1; ПК-1.3.2; ПК-2.3.1; ПК-2.3.2; ПК-3.3.1; ПК-3.3.2

1. Напишите предоперационное заключение больному с распространенным перитонитом.

2. Выполните на фантоме лапароцентез.

3. Определите патологические изменения на представленной ультрасонограмме.

1.1.4. Примеры контрольных вопросов для собеседования

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.3.2; ПК-2.3.2; ПК-3.3.1; ПК-3.3.2

1. Классификация острых нарушений мезентериального кровообращения.

2. Клинические симптомы в стадии ишемии у больных с острым нарушением мезентериального кровообращения.

3. Клинические симптомы в стадии инфаркта кишечника у больных с острым нарушением мезентериального кровообращения.

4. Особенности перитонита при остром нарушении мезентериального кровообращения.

5. Какие дополнительные методы исследования используют при тромбозах и эмболиях мезентериальных сосудов?

6. Показания к оперативному вмешательству.

7. Задачи оперативного лечения.

8. Виды операций по поводу тромбоза и эмболии мезентериальных сосудов.

1.2. Оценочные средства для самостоятельной работы обучающегося

1.2.1. Примеры тестовых заданий со множественным выбором

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.3.2; ПК-2.3.2; ПК-3.3.1; ПК-3.3.2

001. ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА:

1) хроническая ИБС в терминальной стадии развития болезни (около 45% всех трансплантаций сердца);

2) легочная гипертензия;

3) кардиомиопатия с явлениями выраженной сердечной недостаточности (45%),

4) тяжелые комбинированные пороки сердца;

5) Нарушение ритма сердечных сокращений.

002. АБСОЛЮТНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) выраженное ожирение (индекс массы тела $>35 \text{ кг/м}^2$);
- 2) коагулопатия;
- 3) аутоиммунные заболевания;
- 4) синдром приобретенного иммунодефицита;
- 5) психические заболевания;
- 6) легочная гипертензия
- 7) хронические заболевания почек, ЦНС.

003. ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения;
- 2) неспособность отказаться от табакокурения;
- 3) неспособность отказаться от употребления кофе;
- 4) хронический гепатит В, С; ВИЧ;
- 5) эпизоды злоупотребления наркотиками или алкоголем в анамнезе;
- 6) эпизоды злоупотребления наркотиками или алкоголем в течение последних 6 месяцев.

004. КРИТЕРИИ ОТБОРА РЕЦИПИЕНТОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА:

- 1) сердечная недостаточность II степени по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов;
- 2) предполагаемая продолжительность жизни пациента менее 6 месяцев;
- 3) возраст реципиента - до 50 лет;
- 4) удовлетворительное состояние пациента по функциям легких, печени, почек, ЦНС до появления признаков конечной стадии развития сердечного заболевания;
- 5) эмоциональная стабильность и коммуникабельность;
- 6) резистентность легочных сосудов должна быть нормальной или поддающейся фармакологической коррекции.

005. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КЛАССИФИКАЦИИ:

- 1) Ross;
- 2) Стражеско-Василенко;
- 3) Нью-Йоркская;
- 4) Образцова-Стражеско.

006. КРИТЕРИИ ОТБОРА ДОНОРОВ:

- 1) донор по возможности моложе 60 лет с клинически установленной мозговой смертью со здоровым сердцем;
- 2) сердечная деятельность донора НЕ должна поддерживаться гипертензивными препаратами;
- 3) донор и реципиент должны иметь одинаковую группу крови и совместимы по HLA-антигенам;
- 4) могут различаться данные секвенционного анализа ДНК (последовательность нуклеиновых кислот – порядок четырёх оснований: аденина, гуанина, цитозина и тимина);
- 5) сыворотке крови реципиента не должно быть преформированных антител против лимфоцитов донора;
- 6) донор должен иметь нормальные ЭКГ и эхо-кардиографии;

7) размеры донорского органа могут колебаться максимум от 5 до 10% размеров сердца реципиента.

007. В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ НЕОБРАТИМОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И ГИБЕЛИ ПАЦИЕНТОВ, ПОМИМО ОТТОРЖЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) артериальная гипотензия;
- 2) нефропатия;
- 3) артериальная гипертензия;
- 4) гастропатия.

008. В СТАЦИОНАРЕ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ РЕЦИПИЕНТАМ И РЕЦИПИЕНТАМ РЕКОМЕНДОВАН ОСМОТР ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ:

- 1) нефролога;
- 2) кардиолога;
- 3) невролога;
- 4) анестезиолога-реаниматолога;
- 5) сердечно-сосудистого хирурга.

009. ВЫБЕРИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ:

- 1) сахарный диабет;
- 2) новообразования;
- 3) синдром приобретенного иммунодефицита;
- 4) миодистрофия;
- 5) инфекции.

010. ВЫБЕРИТЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА:

- 1) вес донора;
- 2) возраст донора;
- 3) почечная недостаточность;
- 4) вес реципиента;
- 5) вес трансплантата.

2. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета.

Промежуточная аттестация включает следующие типы заданий: решение ситуационной задачи.

2.1. Примеры ситуационных задач

Проверяемые компетенции: ОПК-4, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11.

1. Тучному больному 34 лет была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу флегманозного аппендицита. Во время операции основание червеобразного отростка перевязано эндопетлей и культия отростка была погружена в кисетный шов. На 4 сутки после операции общее состояние больного резко ухудшилось, внезапно появились острые боли в правой подвздошной области, которые быстро распространились на

нижние отделы живота. Присоединилось чувство распираания живота, сухость в ротовой полости, слабость, жажда, была однократная рвота. При осмотре: ЧСС – 122 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст., ЧДД – 26 в минуту. Кожный покров бледен, покрыт холодным, липким потом. Температура тела 39,1°С. Язык сухой, обложен белым налетом. В правом мезогастринии и по всему гипогастрию определяется резкое мышечное напряжение, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пальцевое исследование прямой кишки выявило резкую болезненность тазовой брюшины. В анализе крови: лейкоцитов - 21×10^9 , палочкоядерных - 36%.

1. Предположительно, какое осложнение острого аппендицита наступило у больного и его возможные причины?
2. Какие методы диагностики следует применить?
3. Тактика хирурга и способы лечения?

В полном объеме фонд оценочных средств по дисциплине доступен в ЭИОС ВолгГМУ по ссылке: <https://elearning.volgmed.ru/course/view.php?id=3338#>

Рассмотрено на заседании кафедры госпитальной хирургии, протокол от «30» мая 2025 г. №10.

Заведующий кафедрой



С.С.Маскин