

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

«УТВЕРЖДАЮ»
директор Института НМФО

И.И. Свиридова
« 27 » июня 2024 г.



Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Наименование дисциплины: **Колопроктология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.55 Колопроктология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-колопроктолог**

Кафедра: **хирургических болезней №1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2024 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Веденин Юрий Игоревич	заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО	д.м.н., доцент	кафедра хирургических болезней № 1 Института НМФО
2.	Попова Ирина Степановна	профессор кафедры	д.м.н.	
3.	Хомочкин Виталий Викторович	доцент кафедры	к.м.н.	

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол № 8 от «3» июня 2024 г.

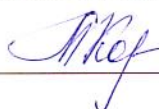
Заведующий кафедрой хирургических
болезней № 1 Института НМФО,
д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией
Института НМФО, протокол № 12 от «27» июня 2024 г.

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной
практики



М.Л.Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета
Института НМФО
протокол № 18 от «27» июня 2024 г.

Секретарь
Ученого совета



М.В.Кабытова

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача. 2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан. 3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения. 4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов. 5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения. 6. Гигиеническое воспитание и образование населения. 7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни. 8. Система обязательного социального страхования в России. 9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ. 10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений. 11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности. 12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 13. Качество медицинской помощи, основные понятия. 14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи. 15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
--	--

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности. 1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения. 2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников. 3. Особенности изучения общей заболеваемости 4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам. 5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. 6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений. 7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы. 8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. 9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. 10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах. 11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи. 12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу. 13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи. 14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	1. Общественное здоровье – это ... а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,
--	--

	охраны и восстановления здоровья населения; в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения 2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают: а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний; б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью 3. Болезненность - это: а) заболеваемость по данным обращаемости; б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации; в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью 4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения: а) 50–55 %; б) 20–25 %; в) 15–20 %; г) 10–15 % 5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы: а) исторический; б) статистический; в) экспериментальный; г) экономический; д) социологический; е) все вышеперечисленные 6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры: а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки; б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки; в) все лица перед проведением профилактических прививок 7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются: а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни; б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения; в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность; г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения; д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах 8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ... а) государственное социальное страхование; б) имущественное страхование граждан Российской Федерации; в) менеджмент здравоохранения; г) экономика здравоохранения
--	---

	9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ... а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений; б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ; в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации 10. Временная нетрудоспособность – это ... а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена; б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратной; в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме 11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок: а) до 10 дней; б) до 15 дней; в) до 4 месяцев; г) до 6 месяцев 12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ... а) оформляется по общим правилам со дня заболевания; б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности; в) не выдается 13. К характеристикам качества медицинской помощи относится: а) своевременность оказания медицинской помощи; б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи; в) степень достижения запланированного результата; г) совокупность вышеуказанных характеристик 14. Виды контроля качества медицинской помощи: а) государственный контроль; б) ведомственный контроль; г) внутренний контроль; д) все вышеперечисленное верно 15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ... а) листок нетрудоспособности; б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний; г) врачебное свидетельство о смерти
--	--

Банк ситуационных клинических задач

Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение	Задача № 1. Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов. Задача № 2. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных? Задача № 3. При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров. Задача № 4. Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике? Задача №5. По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	6	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	10	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	12	1-15	1-15	1-5	1-15	-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I Уметь: применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I Знать: теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) - I			+		
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II Уметь: применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II Знать: теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II			+		
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Владеть: навыками использования современных методик анализа и синтеза Уметь: анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: анализировать характер заболевания, назначать лечение;			+		
Первый уровень (УК-2) - I готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,	Владеть: методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) - I Уметь: толерантно			+		

этнические, конфессиональные и культурные различия	воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) -1 Знать: теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) -1			+		
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II Уметь: применять методы сплочения коллектива У (УК-5) – II Знать: теоретические основы управления коллективом 3 (УК-5) - II			+	+	
Третий уровень (УК-2) - III готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Владеть: навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов. В (УК-5) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-5) - III Знать: отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития. 3 (УК-5) - III			+	+	+
Первый уровень (УК-3) -1 Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: методами обучения и воспитания обучающегося В (УК-3) -1 Уметь: работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины У(УК-3) -1 Знать: теоретико-методологические основы педагогики 3 (УК-3) -1			+		
Второй уровень (УК-3) - II Готовность к участию в	Владеть: навыками самостоятельной работы с основными образовательными			+	+	

педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	программами среднего, высшего образования, ДПО В (УК-3) - П Уметь: осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования; У (УК-3) - П Знать: основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе 3 (УК-3) - П			+	+	
Третий уровень (УК-3) - III Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО	Владеть: интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе В (УК-3) - III Уметь: анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки У (УК-3) - III Знать: психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления 3(УК-3) - III			+	+	+
Первый уровень (ПК-9)-I готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: санологическим мышлением Уметь: осуществлять укрепление своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения Знать: современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации			+		
Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья Знать: техники слушания и			+	+	
				+	+	
				+	+	

	информирования пациентов о характере заболевания и лечения;					
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Владеть: навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Уметь: приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья Знать: особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей			+	+	+
				+	+	+
				+	+	+

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству конспект

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - пяти критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень - шести или семи критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов
	7. Оформление в соответствии с требованиями

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
	1. Новизна реферированного текста

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами

Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
	5. Оформление

-

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100–96	ВЫСОКИЙ (продуктивный)	5 (5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.	B	95–91		5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень	C	90–81	СРЕДНИЙ (репродуктивный)	4

сформированности компетентности.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80-76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	E	75-71	НИЗКИЙ (ознакомительный)	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	E	70-66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень	E	65-61	КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)	9 3 (3-)

сформированности компетенций.				
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.	Fx	60-41		2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	F	40-0	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ	2

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное / групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ПК-9	+	+	+	+	+	+

12.1. Представление оценочных средств в фонде

Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.

5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика:** учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

Тестовые задания

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

1)

воспитание

- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения

- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения

- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности

- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования

- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-_____ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-_____ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА, УСВОЕНИЕ* КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - _____ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. техномическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание

- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ __ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) «Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе-методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее-импровизационный
- 4) эмоционально-методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением

- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1. умения управлять собой | А. владение своим телом |
| | Б. владение эмоциональным состоянием |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские |

Г. владение техникой контактного взаимодействия

Д. дидактические

Е. владение техникой речи

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|---|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2. нормативный | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4. системный | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5. концептуальный | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- | | |
|---|--|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная
Б. конструктивная
В. организаторская |
| 2. специфические педагогические | Г. коммуникативная
Д. гностическая
Е. воспитательно-развивающая
Ж. ориентационная
З. мобилизационная
И. исследовательская |

Дополните высказывание

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - _____

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ _____

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕНЫ - _____

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - _____

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ РЕАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» _____

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ- _____

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - _____

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - _____

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - _____

Выберите один или несколько правильных ответов

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания

- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:

Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые компетенции
1	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
2	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
4	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
5	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
10	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
11	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9

12.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
13	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
14	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
15	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
16	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
17	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
18	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
19	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
20	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
21	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
22	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
23	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
24	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
 - а. **функциональная подсистема РСЧС;**
 - б. территориальная подсистема РСЧС;
 - в. структурное подразделение МЧС;
 - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
 - а. для оказания первой помощи;
 - б. для оказания первой врачебной помощи;
 - в. **для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
 - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. **хирургическое отделение;**
 - б. травматологическое отделение;
 - в. неврологическое отделение;
 - г. нейрохирургическое отделение.
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. бригады экстренного реагирования.
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
 - а. бригады доврачебной помощи;
 - б. врачебно-сестринские бригады;
 - в. бригады специализированной медицинской помощи;
 - г. **бригады экстренного реагирования.**
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
 - а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
 - б. **врачебно-сестринские бригады;**
 - в. бригады специализированной медицинской помощи.
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
 - а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
 - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
 - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
 - г. областная клиническая больница
8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
 - а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
 - б. **максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
 - в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.
9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее ватой рану, противошоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;
- в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;

г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адrenomиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;

- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аеи), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих

массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аеи и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

в. 100 рад;

г. 50 рад.

34. К плотнoионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

г. > 10 кэВ/мкм.

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

а. системная регенерация костного мозга;

б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;

в. ранний некробиоз кроветворных клеток;

г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

а. 10 Гр и выше;

б. 5 Гр и выше;

в. 1 Гр и выше;

г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

а. 10-20 Гр;

- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

Банк ситуационных клинических задач

Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечение-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечение-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечение-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечение-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой медицинской помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва.

Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой медицинской помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой медицинской помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Из рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения из рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.

- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слюны.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная

- четырем критериям Хорошо (4)	корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
-пяти или шести критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	12	1-11,16,17	1-10	1-11

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:

- **Болезнь Вакеза-Ослера**
- Горная болезнь.
- **Неукротимая рвота**
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- **Эритроцитоз**
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов

- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гема глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- **Слабость**
- **Повышенная утомляемость.**
- Адинамия
- Миалгия
- **Головокружение**
- **Глоссит**
- Кариес
- **Ангулярный стоматит**
- **Клойнихия (койлонихия)**
- **Снижение умственной и физической трудоспособности**
- Тахикардия
- **Нарушение глотания**
- Гепатомегалия
- **Ахлоргидрия**

- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- **Извращение вкуса и запаха**

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- **Гипохромной**
- Гиперхромной
- **Микроцитарной**
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- **Нормобластической**
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- **для железорефрактерной анемии**
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При B12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- **В системе пищеварения**
- **В нервной системе**
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- **В системе крови**

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для B22-дефицитной анемии:

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- Мегалоцитоз
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов**
- **Верного нет**

ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглобинопатиях, обусловленных носителем гемоглобинов со сниженным сродством к кислороду:

- P_{O_2} снижено
- P_{O_2} повышено
- **P_{O_2} в норме**
- SO_2 увеличено
- **SO_2 снижено**
- SO_2 в норме
- **Содержание дезоксигемоглобина повышено**
- Содержание гемоглобина снижено
- **Содержание гемоглобина в норме**

ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодефицитной анемии:

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодефицитной анемии:

- **Снижение содержания гемоглобина и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

Задача №1 «Патология Гемостаза»

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстравазаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 380×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свёртывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передаётся это заболевание?
2. Патогенез данного заболевания.
3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
4. Виды тромбоцитопатий.
5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2

«Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Нб-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9$ /л), лейкоциты- $1,3 \times 10^9$ /л (N6- 8×10^9 /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакариоциты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

Задача №3

«Патология Гемостаза»

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Нб – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – 300×10^9 /л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечают проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40°C в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39°C , появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах $39-40^{\circ}\text{C}$, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка ($38-38,5^{\circ}\text{C}$), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	НЬ	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЭ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
Т-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
Т-хелперы/Т-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
Т-супрессоры/Т-цитотоксические (CD4 ⁻ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
НК-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
В-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерил; посев крови на гемокультуру 23.11.12. г. — стерил.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— Р-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоехогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоехогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

— фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.

— кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;

— хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;

— иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;

— гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

Задание:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Определить (предположить) этиологию заболевания.
4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

АНАТОМИЯ»

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирущими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НП.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-

вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1°C. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной

жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколленной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3х3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 5

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38°C. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля

соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 °С. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.

2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.
13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления

	материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	---

12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов

Формы контроля – рефераты.

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

Темы рефератов

Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	1 Значение современных морфологических методов исследования. 1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 4. Современные методы изучения биоптата.
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования
---	--

	ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов. 19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики. 20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков. 21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков. 22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств. 23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии. 24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций. 25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп. 26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов. 27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения. 28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов. 29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях. 30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами. 31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения. 32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения. 33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки

- эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
34. Последствия нерационального применения АМП
 35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
 36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
 37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
 38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
 39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
 40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
 41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
 42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
 43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
 44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
 45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
 46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
 47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
 48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
 49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
 50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
 51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.
 52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.
 53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.
 54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.

	55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии. 56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах. 57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.
--	---

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»	1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.
---	---

	21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры. 22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры. 23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры. 24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры. 25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция. 26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры. 27. Укажите факторы риска развития НЛР. 28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР. 29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности. 31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии. 32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности. 33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии. 34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика. 35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение. 36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности. 37. Бета-лактамы. Антибиотики. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия. 38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению. 39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. 40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз. 41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные

	действия. 42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. 43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. 44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом. 45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты. 46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. 47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты. 48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты. 49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия. 50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии. 51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов. 52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии. 53. Специфические антидоты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР. 54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций. 55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты. 56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии. 57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов. 58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции. 59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта. 60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.
--	--

Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.6.1 «Общие
вопросы
клинической
фармакологии»

1. Областью изучения клинической фармакологии являются:
 А) **Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.**
 Б) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.
 В) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.
 Г) Клинические испытания лекарственных средств.
2. Основной целью фармакоэкономического анализа является:
 А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.
 Б) **Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.**
 В) Выбор наиболее эффективного вида терапии.
 Г) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.
3. Лекарственная форма это:
 А) **Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.**
 Б) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.
 В) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.
4. К методам фармакоэкономического анализа не относятся:
 А) Метод затраты-эффективность.
 Б) **Метод затраты-прибыль.**
 В) Метод затраты-полезность.
 Г) Метод затраты-выгода
5. Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :
 А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.
 Б) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
 В) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.
 Г) Не требует изучения генотипа больного.
6. В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:
 А) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.**
 Б) **Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.**
 В) Хромосомные aberrации.
 Г) Хромосомные транслокации.

7. Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:
- A) **CYP2D6.**
 - B) CYP3A4
 - C) CYP2C9
 - D) CYP2C19
8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :
- A) Иммуноферментного анализа.
 - B) Иммунофлюоресцентного анализа.
 - C) **ПЦР.**
 - D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.
9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:
- A) Высокая
 - B) Нормальная
 - C) **Низкая**
10. Биодоступность ЛС это:
- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
 - B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
 - C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.
11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:
- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
 - B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
 - C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
 - D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**
12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;
 - B) распределение;
 - C) метаболизм (биотрансформация);
 - D) выведение;
 - E) **все вышеперечисленные.**
13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:
- A) всасывание;
 - B) распределение;
 - C) метаболизм (биотрансформация);

- D) выведение;
E) механизм действия.

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
B) фторхинолоны;
C) тетрациклины;
D) все вышеперечисленные.

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- A) 30 мин;
B) 1 час;
C) 2 ч и более;
D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
B) усиливается;
C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;
B) усиливается;
C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- A) угнетается;
B) усиливается;
C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;
B) усиливается;
C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
B) усиливается;

С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;
- В) тетрациклины;
- С) фторхинолоны;
- Д) макролиды;

д) правильно В и С.

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- А) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- В) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- С) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.**
- Д) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.

24. Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:

- А) типа А;
- В типа В;
- С) типа С;**
- Д) типа D;
- Е) типа Е

25. Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:

- А) пожилой возраст;
- В) тяжелое состояние больного;
- С) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;
- Д) генетическая предрасположенность;
- Е) все вышеперечисленное**

26. К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:

- А) приводящие к смерти;
- В) требующие госпитализации или ее продления;
- С) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);
- Д) приводящие стойкому снижению трудоспособности;

	Е) все вышеперечисленное верно. 27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u> А) типа А; В) типа В; С) типа С; D) типа D; E) типа E. 28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u> А) комплаенсом; В) фармаконадзором; С) фармакоэпидемиологией; D) фармакоинспекцией.
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»	29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u> а) диклофенак; б) индометацин; с) целекоксиб; д) ибупрофен; 30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u> а) аспирин; б) лорноксикам; с) целекоксиб; d) индометацин; 31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u> А) преднизолон В) метилпреднизолон С) дексаметазон А) Гидрокортизон 32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u> А) аспирин; В) нимесулид; С) целекоксиб; D) лорноксикам; 33. <u>Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:</u> а) через 2 суток; б) через 5-7 суток; с) через 7-10 суток; д) через 10-14 суток; 34. <u>Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:</u> А) преднизон В) бетаметазон

- С) беклометазона дипропионат
- Д) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- А) циклооксигеназа**
- В) фосфодиэстераза
- С) 5-липооксигеназа
- Д) фосфолипаза А2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- А) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- В) неэффективность пульс-терапии
- С) стабилизация общего состояния больного**
- Д) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- А) Т-лимфоциты
- В) В-лимфоциты
- С) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
- Д) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- А) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
- В) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
- С) однократно утром
- Д) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

- А) Преднизолон.
- В) Метилпреднизолон.
- С) Дексаметазон.
- Д) Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- А) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- В) Истончение кожи, образование стрий.
- С) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- Д) Учащение и утяжеление инфекций.
- Е) Артериальная гипотензия.**
- Ф) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- А) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)**

- В) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
С) Характеристики пациента
Д) Все вышеуказанное

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- А) 24 часа
В) **3 дня**
С) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- А) **5-10% случаев**
В) 20-30% случаев
С) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- А) обладают иммуностимулирующим действием
В) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
С) способствуют развитию резистентности бактерий

45. Самолечение антибиотиками

- А) Возможно
В) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
С) Недопустимо

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- А) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
В) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
С) возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- А) Ампициллин.
В) Оксациллин.
С) Цефтриаксон.
Д) Амоксициллина клавуланат
Е) Цефаперазон.
Ф) Меропенем.

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) **осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) **ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) **реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) **160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) **Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) **Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) **IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) **Свежезамороженная плазма.**

- В) Викасол.
- С) Протамина сульфат.**
- Д) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- А) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- В) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- С) Время свёртывания крови.
- Д) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- А) Растворяют фибриновый тромб.**
- В) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- С) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- Д) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- А) ванкомицин**
- В) пиперациллин
- С) кларитромицин
- Д) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- А) пefлоксацин
- В) линкомицин
- С) ровамицин**
- Д) гентамицин
- Е) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гематоэнцефалический барьер:

- А) ципрофлоксацин
- В) меропенем**
- С) цефтриаксон
- Д) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- А) рекомбинантные α/γ интерфероны
- В) кагоцел
- С) ингавирин**
- Д) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром противовирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомицетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость | A. верно 1, 2, 3 |
| 2. сердцебиение | B. верно 1, 4, 5 |
| 3. сухость во рту | C. верно 3, 4, 5 |
| 4. нарушение аккомодации | D. верно 1, 2, 5 |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4 |

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) диазепам**
- E) все ответы правильные

69. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:

- A) местное**

	В) общее (наркоз) С) комбинированное Д) нейролептоанальгезия 70. <u>Общим обезболиванием является:</u> А) вагосимпатическая блокада В) спинальная анестезия С) стволовая анестезия Д) внутривенный наркоз 71. <u>При общем обезболивании происходит:</u> А) обратимое торможение нервной ЦНС В) необратимое торможение ЦНС С) блокада основного нервного ствола Д) возбуждение ЦНС 72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u> А) обморок В) контрактура нижней челюсти С) анафилактический шок Д) коллапс 73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u> А) контрактура В) коллапс С) некроз Д) гематома 74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u> А) обморок В) гематома С) контрактура Д) кровотечение Е) пародонтит 75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u> А) внутривенно 1 мл мезатона В) внутримышечно 1 мл норадреналин С) внутримышечно метамезон Д) внутривенно 1 мл атропина
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

8. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

-91-100 Отлично (5)	
-------------------------------	--

9. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	1,2,18	4,11
	7	1 - 75	1-60	1-57
	9	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

1. Перечень разделов тем, изучаемых в 1 семестре, формируемые компетенции и оценочные средства

Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
Раздел 1. Организация колопроктологической службы.	ПК-6	<i>Задачи №№ 3,7,9</i>
Тема 1.1 Организация колопроктологической помощи в России		
Тема 1.2 Организация колопроктологической помощи в Европе и США.		
Тема 1.3 Основные нормативные и правовые акты, необходимые для работы колопроктолога.		
Тема 1.7 Маршрутизация пациента с колопроктологическим заболеванием		
Раздел 2. Заболевания заднего прохода и промежности	УК-1, ПК-5, ПК-6	<i>Задачи №№ 4,11,12,13,14,15</i>
Тема 2.1 Геморрой		
Тема 2.2 Анальная трещина		
Тема 2.3 Свищи заднего прохода		
Тема 2.4 Эпителиальный копчиковый ход		
Тема 2.5 Заболевания перианальной кожи		
Тема 2.6 Анокопчиковый болевой синдром		
Раздел 3. Неопухолевые заболевания прямой кишки и тазового дна	УК-1, ПК-5, ПК-6	<i>Задачи №№ 5,8,9</i>
Тема 3.1 Ректовагинальные свищи		
Тема 3.2 Ректоцеле		
Тема 3.3 Пресакральные кисты		
Тема 3.4 Неорганные опухоли таза		
Тема 3.5 Выпадение прямой кишки		

Тема 3.6 Недостаточность анального сфинктера		
Раздел 4. Онкологическая колопроктология	УК-1, ПК-5,	<i>Задачи №№</i>
Тема 4.1 Колоректальный рак: эпидемиология, скрининг, диагностика, стадирование	ПК-6	<i>1,2,6</i>
Тема 4.2 Хирургическое лечение рака прямой кишки		
Тема 4.3 Хирургическое лечение рака ободочной кишки		
Тема 4.4 Комбинированное лечение колоректального рака		
Тема 4.5 Распространённые формы колоректального рака		
Тема 4.6 Рак анального канала		
Тема 4.7 Доброкачественные новообразования толстой кишки		
Тема 4.8 Семейный аденоматоз.		

1.1. Перечень задач к ЗАЧЕТУ по окончании 1-го семестра по дисциплине «Колопроктология»

ЗАДАЧА 1.

У больного 43 лет при ректороманоскопии обнаружен полип на ножке размерами 2х3 см в ректосигмоидном отделе толстой кишки.

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?
3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура - 37,5 о, пульс - 110 в 1 минуту.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?
2. Предложите оптимальный план лечения.

ЗАДАЧА 3.

В течение нескольких лет больной 60 лет страдает запорами. Последний месяц стал отмечать появление сильных болей в прямой кишке после акта дефекации. Периодически отмечает незначительную примесь крови в кале.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Какова тактика лечения в зависимости от результатов обследования?

ЗАДАЧА 4.

Больной 47 лет поступил в клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой (до 39,00). При осмотре - слева от ануса имеется покраснение, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на выпадение прямой кишки во время кашля, чихания, натуживания. Самостоятельно кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 6-7 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

- А) миома матки;
- Б) кровоточащий геморрой; *
- В) полип желудка;
- Г) синдром раздраженной толстой кишки
- Д) злокачественная опухоль прямой кишки.

ЗАДАЧА 7.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия средней степени с падением гемоглобина до 72 г/л., полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами;
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов;
- В) направить под наблюдение гинеколога;
- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя; *
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении.

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый геморрой;
- Б) передний свищ прямой кишки;
- В) ректовагинальный свищ;
- Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ*.

2. Дополнительное обследование?

3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 10.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия. В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс;*
- Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащих геморроидальных узлов. Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлы из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/л. При осмотре выявлено исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии; *

- В) назначить больному диету, свечи;
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;
- Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 12.

При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3. Ваша тактика:

- А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;
- Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;
- В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке;*
- Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой;
- Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

ЗАДАЧА 13.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия. В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс;*
- Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 14

После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны. Больному необходимо:

- А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;
- Б) снять сразу все швы;
- В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;
- Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;*
- Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 15.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является: Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

- А) оставление первичного отверстия;*
- Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;
- В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;
- Г) глухой шов раны после иссечения хода;
- Д) применение дренажа.

2 Перечень разделов тем, изучаемых в 2 семестре, формируемые компетенции и оценочные средства

Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
Раздел 5. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.	(УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)	Задачи №№16,17,18,19, 20,23,24
Тема 5.1 Язвенный колит: этиология, патогенез, эпидемиология, диагностика, консервативное лечение.		
Тема 5.2 Язвенный колит: хирургическое лечение.		
Тема 5.3 Болезнь Крона: этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, диагностика, консервативное лечение.		
Тема 5.4 Болезнь Крона: хирургическое лечение.		
Тема 5.5 Недифференцированный колит и редкие виды колитов		
Тема 5.6 Дивертикулёз и дивертикулярная болезнь: этиопатогенез, эпидемиология, классификация, неосложнённая форма.		
Тема 5.7 Дивертикулярная болезнь: осложненные формы.		
Тема 5.8 Дивертикулярная болезнь: осложненные формы.		
Тема 5.9 Хронический запор		
Тема 5.10 Дисфункция тазового дна		
Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности.	(УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6)	Задачи №№16,17,18,19,20,21
Тема 6.1 Болезнь Гиршпрунга.		
Тема 6.2 Идиопатический мегаколон.		

Тема 6.3 Долихоколон. Заворот	,22
Тема 6.4 Аномалии положения и фиксации.	
Тема 6.5 Ангиодисплазия.	
Тема 6.6 Аномалии заднего прохода и промежности.	

2.1 Перечень задач к ЗАЧЕТУ по окончании 2-го семестра по дисциплине «Колопроктология»

ЗАДАЧА 16.

У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.*

ЗАДАЧА 17.

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы; *
- Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

ЗАДАЧА 18.

Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в

кровоподтёках. В такой ситуации необходимо выполнить:

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;*
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 19.

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции; (ответ слишком длинный, пока тестируемый будет его читать, забудет смысл самой задачи)
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;*
- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости;
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
- Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 20.

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию; *
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;

Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

ЗАДАЧА 21

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура - 37,2°C.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 22

Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой - в правом подреберье определяется опухолевидное образование 6х4 см, умеренно болезненное, смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объемом операции.
5. На что необходимо обратить особое внимание при проведении предоперационной подготовки и что сделать?
6. Назначьте послеоперационное лечение.

ЗАДАЧА 23

Мужчина 30 лет, сварщик обратился на прием к терапевту с жалобами на жидкий стул более 9 раз в сутки с примесью слизи и крови, схваткообразные боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении, инфекционных заболеваний не выявлено. Из анамнеза: отмечает примесь крови в кале в течение 3 мес, к врачу не обращался.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Рост 175см, вес 58 кг. При аускультации легких дыхание везикулярное. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой фланковой и левой подвздошной области.

В общем анализе крови: эр. 3,2 x 10¹²; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейкоц.7,0 x 10⁹; СОЭ 20 мм/ч. Железо сыворотки 6,0 мкмоль/л. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный.

ФГДС: пищевод без изменений. Желудок: слизистая зернистая, очагово гиперемирована. Сосудистый рисунок выражен, складки обычные, свободно расправляются воздухом, не деформированы, содержимое с примесью желчи. Двенадцатиперстная кишка без изменений.

При проведении фиброколоноскопии слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Ведущий синдром?
- 2 .Дифференциальный диагноз?
- 3 .Предварительный диагноз?
- 4 .Методы дополнительного обследования?
- 5 .Лечение?
- 6 .Прогноз?

ЗАДАЧА 24

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд, мин, болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. В анализе крови: гемоглобин 90 г/л, лейкоциты 10,0, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии - сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. При ректороманоскопии кишка спазмирована, отмечается контактная кровоточивость, осмотр затруднен.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Предварительный диагноз?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Лечение?
6. Прогноз?

3.Перечень разделов тем, изучаемых в 3 семестре, формируемые компетенции и оценочные средства

Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
Раздел 1. Организация колопроктологической службы.	ПК-6	Вопросы №№ 35-39; 56; Тесты №№ 1-13
Тема 1.1 Организация колопроктологической помощи в России		
Тема 1.2 Организация колопроктологической помощи в Европе и США.		
Тема 1.3 Основные нормативные и правовые акты, необходимые для работы колопроктолога.		
Тема 1.4 Маршрутизация пациента с колопроктологическим заболеванием		
Раздел 2. Заболевания заднего прохода и промежности	УК-1, ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 1,2,5,9,13,17,18,21,23; Тесты №№ 14-19; 22,27,28,29,59,60,75, 76,88,89
Тема 2.7 Геморрой		
Тема 2.8 Анальная трещина		
Тема 2.9 Свищи заднего прохода		
Тема 2.10 Эпителиальный копчиковый ход		
Тема 2.11 Заболевания перианальной кожи		
Тема 2.12 Анокопчиковый болевой синдром		
Раздел 3. Неопухолевые заболевания прямой кишки и тазового дна	УК-1, ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 6,10,14,19,20,24,25,26,46; Тесты №№ 19-21,23,24-25,26,30,31,32,53,55-58,77,93,94,95
Тема 3.7 Ректовагинальные свищи		
Тема 3.8 Ректоцеле		
Тема 3.9 Пресакральные кисты		
Тема 3.10 Неорганные опухоли таза		
Тема 3.11 Выпадение прямой кишки		
Тема 3.12 Недостаточность анального сфинктера		
Раздел 4. Онкологическая колопроктология	УК-1,	

Тема 4.9 Колоректальный рак: эпидемиология, скрининг, диагностика, стадирование	ПК-2 ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 3,7,11,15,27-34,40-43 Тесты №№ 26,78,80-87, 91,96,97
Тема 4.10 Хирургическое лечение рака прямой кишки		
Тема 4.11 Хирургическое лечение рака ободочной кишки		
Тема 4.12 Комбинированное лечение колоректального рака		
Тема 4.13 Распространённые формы колоректального рака		
Тема 4.14 Рак анального канала		
Тема 4.15 Доброкачественные новообразования толстой кишки		
Тема 4.16 Семейный аденоматоз.	УК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 4,8,12,16,44,47,48,49; Тесты №№ 3347,50-52,90
Раздел 5. Воспалительные и функциональные заболевания кишечника.		
Тема 5.11 Язвенный колит: этиология, патогенез, эпидемиология, диагностика, консервативное лечение.		
Тема 5.12 Язвенный колит: хирургическое лечение.		
Тема 5.13 Болезнь Крона: этиология, патогенез, эпидемиология, классификация, диагностика, консервативное лечение.		
Тема 5.14 Болезнь Крона: хирургическое лечение.		
Тема 5.15 Недифференцированный колит и редкие виды колитов		
Тема 5.16 Дивертикулёз и дивертикулярная болезнь: этиопатогенез, эпидемиология, классификация, неосложнённая форма.		
Тема 5.17 Дивертикулярная болезнь: осложнённые формы.		
Тема 5.18 Дивертикулярная болезнь: осложнённые формы.		
Тема 5.19 Хронический запор		
Тема 5.20 Дисфункция тазового дна		
Раздел 6. Аномалии толстой кишки, заднего прохода и промежности.	УК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 35-38,,45,62; Тесты №№ 61-63, 65-74, 92
Тема 6.7 Болезнь Гиршпрунга.		
Тема 6.8 Идиопатический мегаколон.		
Тема 6.9 Долихоколон. Заворот		
Тема 6.10 Аномалии положения и фиксации.		
Тема 6.11 Ангиодисплазия.		
Тема 6.12 Аномалии заднего прохода и промежности.		
Раздел 7. Хирургическое лечение пациентов с кишечными стомами.	УК-1, ПК-2 ПК-5, ПК-6	Вопросы №№ 50-54; Тесты №№ 48,49,98,99
Тема 7.7 Формирование кишечных стом: показания, общие принципы, техника операций		
Тема 7.8 Колит отключённой кишки.		
Тема 7.9 Общие принципы хирургической реабилитации больных с кишечными стомами.		

Тема 7.10 Операции ликвидации петлевых кишечных стом.		
Тема 7.11 Операции ликвидации концевых кишечных стом		
Тема 7.12 Осложнения кишечных стом.		
Раздел 8. Реабилитация колопроктологических больных.	<i>УК-1, ПК-2</i>	<i>Вопросы №№ 51,54,55;</i>
Тема 8.5 Общие принципы ухода за кишечными стомами	<i>ПК-5, ПК-6</i>	<i>Тесты №№ 48,49,98,99</i>
Тема 8.6 Консервативное лечение перистомальных осложнений.		
Тема 8.7 Послеоперационный период у пациентов, перенесших общепроктологические вмешательства.		
Тема 8.8 Послеоперационный период у пациентов, перенесших абдоминальные вмешательства.		
Раздел 9. Амбулаторная колопроктология.	<i>УК-1, ПК-2</i>	<i>Вопросы №№ 56,57;</i>
Тема 9.3 Организация работы колопроктологического кабинета.	<i>ПК-5, ПК-6</i>	<i>Тесты №№ 3,5,6,7,8,11,13,64</i>
Тема 9.4 Амбулаторное лечение колопроктологических пациентов.		
Раздел 10 Неотложная колопроктология.	<i>УК-1, ПК-2</i>	<i>Вопросы №№ 58-61;</i>
Тема 10.7 Острый аэробный парапроктит.	<i>ПК-5, ПК-6</i>	<i>Тесты №№</i>
Тема 10.8 Острый анаэробный парапроктит.	<i>ПК-7 ПК-12</i>	<i>79,100,101,102,103</i>
Тема 10.9 Кишечная непроходимость.		
Тема 10.10 Кишечное кровотечение.		
Тема 10.11 Гнойно-воспалительные осложнения заболеваний толстой кишки.		
Тема 10.12 Травмы и повреждения толстой кишки		

Перечень вопросов к ЭКЗАМЕНУ по окончании 3-го семестра по дисциплине

«Колопроктология»

1. Геморрой. Малоинвазивные методы лечения.
2. Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика.
3. Рак ободочной кишки. Послеоперационная химиотерапия.
4. Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, патогенез.
5. Транссфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
6. Пресакральные кисты. Классификация. Особенности клинических проявлений. Хирургическое лечение.
7. Рак анального канала. Лечебная тактика.
8. Дивертикулярная болезнь. Острый дивертикулит. Диагностика. Консервативное лечение.
9. Экстрасфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация.
11. Лечебная тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии.
12. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
13. Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения.
14. Ректоцеле. Диагностические критерии.
15. Метастазы рака прямой кишки в печень. Классификация. Варианты лечебной тактики.
16. Дивертикулярная болезнь. Мочепузырно-кишечный свищ. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
17. Трещина анального канала - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.

18. Острый парапроктит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
19. Параректальные свищи (свищи прямой кишки) - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
20. Ректовагинальные свищи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
21. Эпителиальный копчиковый ход - этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
22. Криптит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
23. Кондиломы анального канала и перианальной кожи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
24. Выпадение прямой кишки - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
25. Ректоцеле - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
26. Недостаточность анального сфинктера - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
27. Классификация опухоли ободочной кишки. Опухоли прямой кишки. Классификация по стадиям. Классификация Dukes C.E.
28. TNM - классификация злокачественных опухолей (ободочная кишка и прямая кишка).
29. TNM - классификация рака анального канала и перианальной кожи
30. Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Виды операций.
31. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Виды операций. Границы резекции. Лимфодиссекция.
32. Лучевая терапия рака прямой кишки
33. Системная химиотерапия при колоректальном раке.
34. Рак анального канала. Редкие опухоли анального канала. Опухоли перианальной кожи
35. Анатомо - физиологические сведения о прямой кишке
36. Анатомо - физиологические сведения ободочной кишки
37. Кровоснабжение ободочной кишки. Риоланова дуга
38. Кровоснабжение прямой кишки
39. Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности
40. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.
41. Семейный аденоматоз толстой кишки - этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика, лечение
42. Полипозные синдромы. Десмоидные опухоли. Ювенильный полипоз.
43. Неэпителиальные опухоли.
44. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки
45. Болезнь Гиршпрунга у взрослых
46. Параректальные тератоидные кисты
47. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
48. Болезнь Крона. Клиника. Осложнения. Хирургическое лечение.
49. Дифференциальный диагноз болезни Крона и ЯК
50. Кишечные стомы. Виды кишечных стом. Виды операций с формированием кишечных стом.
51. Осложнения кишечных стом.
52. Операции ликвидации кишечных стом
53. Колит отключенной кишки
54. Общие принципы ухода за кишечными стомами.
55. Консервативное лечение перистомальных осложнений

56. Принципы работы колопроктологического кабинета
57. Особенности амбулаторного лечения колопроктологических пациентов
58. Принципы ведения больных с кишечной непроходимостью
59. Тактика при кишечном кровотечении
60. Особенности ведения пациентов с острым аэробным и анаэробным парапроктитами
61. Особенности ведения пациентов с травмами и повреждениями толстой кишки
62. Долихоколон. Особенности ведения пациентов.

Перечень тестов к ЭКЗАМЕНУ по окончании 3-го семестра по дисциплине «Колопроктология»

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

- а) только если нужна плановая операция;
- б) только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.);
- в) если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы;
- г) если операция будет проводиться под наркозом;
- д) всегда.*

2. Международная классификация болезней - это:

- а) перечень наименований болезней в определённом порядке;
- б) перечень диагнозов в определённом порядке;
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определённому принципу;
- г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определёнными установленными критериями;*
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определённом порядке.

3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:

- а) областных и городских многопрофильных больницах;*
- б) больницах скорой помощи;
- в) участковых больницах;
- г) реабилитационных центрах;
- д) во всех перечисленных лечебно-профилактических учреждениях.

4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет

- а) от 20 до 30 коек;
- б) от 30 до 40 коек;
- в) от 40 до 60 коек;*
- г) от 60 до 80 коек;
- д) свыше 80 коек.

5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:

- а) на 50 тыс. населения;
- б) на 100 тыс. населения;
- в) на 150 тыс. населения;
- г) на 200 тыс. населения;*
- д) на 300 тыс. населения.

6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники:

- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения;
- б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения;*
- в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения;
- г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения;
- д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения.

7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:

- а) 11 человек в 1 час;
- б) 8 человек в 1 час;
- в) 6 человек в 1 час;
- г) 4 человека в 1 час;*
- д) норматив не установлен.

8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:

- а) геморроем;*
- б) семейным аденоматозом толстой кишки;
- в) неспецифическим язвенным колитом;
- г) полипами толстой кишки;
- д) ворсинчатыми опухольями толстой кишки.

9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:

- а) 5 колопроктологических коек;
- б) 10 колопроктологических коек;
- в) 15 колопроктологических коек;*
- г) 20 колопроктологических коек;
- д) 25 колопроктологических коек.

10. Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет:

- а) 0, 35;
- б) 0, 40;
- в) 0, 45;*
- г) 0, 50;
- д) 0, 62.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 11-13.

е) правильные ответы 1,2 и 3

ж) правильные ответы 1 и 3

з) правильные ответы 2 и 4

и) правильный ответ 4

к) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии;*
- 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил;*
- 3) защиты социальных и экономических интересов личности;*
- 4) поддержания престижа медицинской профессии;*
- 5) создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач - пациент".*

12. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи:

- 1) специализированной стационарной; *
- 2) диагностической; *
- 3) лечебной; *
- 4) консультативно - методической хирургам ЦРБ; *
- 5) по линии санитарной авиации.*

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для:

- 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость впервые в жизни диагностируемым заболеванием);*
- 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением; *
- 3) выработки конкретного, обоснованного решения; *
- 4) изучения демографической ситуации; *
- 5) изучения здоровья населения.*

14. Папиллит - это:

- а) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы;
- б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы;
- в) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии;*
- г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине;
- д) кондиломатозные разрастания кожи промежности.

15. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:

- а) злокачественного процесса;
- б) периаанальных кондилом;
- в) острого парапроктита;*
- г) анальной трещины;
- д) геморроя.

16. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

- а) свищевой ход всегда прямой;
- б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке;
- в) внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации;*
- г) внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, походу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки;
- д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала.

17. Пересечение аноскопической связки:

- а) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевых ходов;
- б) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера;*
- в) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком;
- г) при свищах прямой кишки никогда не производится;
- д) имеющейся слабости анального сфинктера.

18. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечение свища с низведением слизистой могут быть связаны с

- а) ретракцией лоскута слизистой;
- б) несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут;
- в) оставлением части свищевого хода или затека;
- г) наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки;
- д) несоблюдением постельного режима в течение 7 дней.*

19. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:

- а) не форсировать затягивание лигатуры;*
- б) избегать длительной тампонады раны анального канала;
- в) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно;
- г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе;
- д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции.

20. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как

- а) нормальное явление после операции;
- б) 2-ю степень недостаточности анального жома;
- в) временное явление;
- г) 1-ю степень недостаточности анального жома;
- д) рецидив свища прямой кишки.*

21. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- а) разрывы промежности в родах;
- б) упорные запоры;
- в) ослабление мышц тазового дна;
- г) многократные роды;*
- д) возрастные изменения тканей промежности.

22. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является:

- а) аденокарциноманижнеампулярного отдела прямой кишки;
- б) саркома промежности;
- в) плоскоклеточный неороговевающий рак;
- г) опухоль Бушке-Левенштейна;*
- д) анальный рак.

23. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:

- а) выпадение кишки при каждом акте дефекации;
- б) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке;*
- в) недержание газов;
- г) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки;
- д) недержание газов и жидкого кала.

24. Ректоцеле следует дифференцировать с

- а) кистой ректовагинальной перегородки;
- б) выпадением слизистой прямой кишки;
- в) промежностной грыжей;
- г) выпадением стенок влагалища;
- д) внутренним выпадением прямой кишки.*

25. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интраректальная инвагинация) является:

- а) обильные выделения крови при дефекации;
- б) тупые боли внизу живота при дефекации;
- в) чувство неполного опорожнения прямой кишки;
- г) развитие солитарной язвы;*
- д) многомоментная дефекация.

26. Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы:

- а) пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные;
- б) ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала;
- в) установить отсутствие интраректальной инвагинации с помощью видеодефекографии; г) провести морфологическое исследование;*
- д) оценить данные ультрасонографии.

27. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

- а) размеры геморроидальных узлов;
- б) выраженность выпадения геморроидальных узлов;
- в) частота тромбирования узлов;*
- г) кровотечения из геморроидальных узлов;
- д) наличие или отсутствие наружных узлов.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах №28-32.

- е) правильные ответы 1,2 и 3
- ж) правильные ответы 1 и 3
- з) правильные ответы 2 и 4
- и) правильный ответ 4
- к) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

28. Противопоказанием к проведению склеротерапии является:

- 1) тромбоз геморроидальных узлов;*
- 2) парапроктит острый;*
- 3) парапроктит хронический;*
- 4) криптит.*

29. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за:

- 1) оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища;
- 2) недостаточного дренирования межсфинктерного пространства;*
- 3) проведения лигатуры по ложному ходу;
- 4) рубцовых изменений в сфинктере;*
- 5) использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране.

30. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:

- 1) функциональной недостаточности 2 степени;*
- 2) органической недостаточности 2 степени;
- 3) органической недостаточности 1 степени;*
- 4) органической недостаточности 3 степени;
- 5) при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени.

31. Глютеопластика нецелесообразна при:

- 1) травматическом повреждении ягодичных мышц;
- 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени;*
- 3) атрофии ягодичных мышц;
- 4) наличии дефекта сфинктера более S окружности;*
- 5) полном отсутствии сфинктера.

32. Сфинктероплевропластику у больных выпадением прямой кишки выполняют:

- 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки;
- 2) выполнение при недостаточности 2-3 степени;
- 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения;
- 4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 степени;*
- 5) только у больных не старше 40 лет.

33. Причиной неспецифического язвенного колита является:

- а) психическая травма;
- б) физическая травма;
- в) перенесенная кишечная инфекция;
- г) микробное начало;
- д) причина неизвестна.*

34. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является:

- а) кишечное кровотечение;
- б) токсическая дилатация толстой кишки;
- в) отсутствие эффекта от консервативной терапии;*
- г) перфорация толстой кишки;
- д) учащение стула до 5-6 раз сутки.

35. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются:

- а) закрытие двустольной илеостомы после операции отключения;
- б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки;
- в) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии);
- г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением;*
- д) илеотрансверзоанастомоз.

36. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является:

- а) J-образный;
- б) S-образный;
- в) O-образный;*
- г) W-образный;
- д) Г-образный.

37. Классификация болезни Крона не предусматривает:

- а) локализации поражения;
- б) протяженности поражения;
- в) тяжести течения болезни;
- г) наличия осложнений;
- д) степени сложности.*

38. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся:

- а) постоянный жидкий стул;
- б) постоянные запоры;
- в) постоянная примесь крови в кале;
- г) затрудненное опорожнение прямой кишки;
- д) неустойчивый стул, чередование запоров и поносов.*

39. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется:

- а) сбор анамнеза;
- б) рентгенологическое обследование;
- в) колоноскопия;
- г) бактериологическое исследование кала;
- д) ангиография.*

40. Диетическое лечение синдрома раздраженной кишки должно включать:

- а) механические и термически обработанные продукты;
- б) ограничение углеводов;
- в) полное исключение мясных продуктов;
- г) пищу с повышенным содержанием клетчатки;*
- д) продукты с пониженным содержанием соли.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 41-52.

- е) правильные ответы 1,2 и 3
- ж) правильные ответы 1 и 3
- з) правильные ответы 2 и 4
- и) правильный ответ 4
- к) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

41. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

- 1) рак толстой кишки;*
- 2) лимфома тонкой кишки;*
- 3) неспецифический язвенный колит;*
- 4) ишемический колит;*
- 5) осложненный дивертикулез толстой кишки.*

42. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает:

- 1) применение очистительных клизм;
- 2) проведение кишечного лаважа; *
- 3) пенообразующие микроклизмы;
- 4) бесшлаковую диету, вазелиновое масло; *
- 5) внутрь касторовое масло и очистительные клизмы.

43. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона:

- 1) тотальное удаление толстой кишки;*
- 2) илеостомия в качестве операции отключения;*
- 3) резекция кишки с наложением анастомоза;*
- 4) резекция кишки с наложением отдельной стомы;*
- 5) стриктуропластика.*

44. По характеру болезни синдрому раздраженной толстой кишки наиболее соответствует название:

- 1) хронический колит;
- 2) спастический колит;
- 3) хронический энтероколит;
- 4) кишечная диспепсия; *
- 5) колостаз.

45. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

- 1) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки;*
- 2) врожденная слабость соединительной ткани;*
- 3) приобретенная слабость соединительной ткани;*
- 4) дискоординация моторики толстой кишки;
- 5) сосудистые изменения в стенке толстой кишки.

46. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

- 1) дивертикулит;*
- 2) паракишечный инфильтрат;*
- 3) паракишечный абсцесс;*
- 4) озлокачествление;
- 5) кишечное кровотечение.

47. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

- 1) периодические кишечные кровотечения;*
- 2) рецидивирующий дивертикулит;*
- 3) кишечные свищи;*
- 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе;
- 5) паракишечный инфильтрат.

48. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде:

- 1) воспалительные;*
- 2) кишечная непроходимость;*
- 3) некроз илеостомы;*
- 4) параилеостомическая грыжа;*
- 5) выпадение илеостомы.*

49. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

- 1) параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде;*
- 2) развития параилеостомической грыжи;*
- 3) свища илеостомы;*
- 4) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы;*
- 5) перистомального дерматита.*

50. Основными причинами несостоятельности швов анастомоза при операциях по поводу дивертикулеза толстой кишки являются:

- 1) формирование анастомоза на участках кишки, где имеются дивертикулы;*
- 2) использование сшивающих аппаратов;
- 3) изменения кишечной стенки, характерные для дивертикулеза;*
- 4) недостаточная очистка кишки от содержимого перед операцией;
- 5) недостаточный опыт оперирующего.

51. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с:

- 1) бактериальной дизентерией;*
- 2) амебной дизентерией;*
- 3) болезнью Крона;*
- 4) опухолями толстой кишки;*
- 5) недифференцированными колитами.*

52. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют:

- 1) сульфаниламидные препараты;*
- 2) стероидные гормоны;*
- 3) антибактериальные препараты;*
- 4) слабительные средства;*
- 5) промывания кишечника.*

53. Тератоидные образования параректальной клетчатки:

- а) имеют эмбриональное происхождение;*
- б) являются истинными опухолями;
- в) представляют собой ретенционные кисты;
- г) являются следствием хронического парапроктита;
- д) представляют собой грыжи спинномозгового канала.

55. Для тератоидных образований не характерно:

- а) образование свищей;
- б) кишечная непроходимость;
- в) кишечная непроходимость;
- г) озлокачествление;
- д) кровотечение.*

56. При удалении пресакральных тератом нетипичным осложнением является:

- а) неполное удаление тератомы;
- б) кровотечение;
- в) перфорация стенки прямой кишки;
- г) вскрытие тазовой брюшины;
- д) ранение мочеочника;*
- е) недостаточности анального сфинктера.

57. Наименее вероятным в отдаленные сроки после удаления каудальных тератом является:

- а) рецидив тератоидного образования;
- б) остаточные гнойные полости;
- в) свищи прямой кишки;
- г) недостаточность анального сфинктера;*
- д) боли в крестцово-копчиковой области и промежности.

58. Наиболее достоверно дифференцировать хордому от тератомы позволяет:

- а) пальцевое исследование прямой кишки;
- б) ректороманоскопия;
- в) проктография;
- г) гистологическое исследование пункционного биоптата;*
- д) рентгенография крестца и копчика.

59. Эпителиальный копчиковый ход обусловлен:

- а) постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области;

- б) неправильной закладкой зародышевых листков;
- в) вращением в кожу волос;
- г) врожденной аномалией развития кожи крестцово-копчиковой области;*
- д) ношением узкой одежды.

60. Диагноз эпителиального копчикового хода наиболее вероятен при:

- а) наличие первичных отверстий хода в межягодичной складке;*
- б) гиперемии и отек задней стенки кишки на уровне копчика;
- в) отсутствие патологических образований в пресакральном пространстве;
- г) рецидивирующим воспалением крестцово-копчиковой области;
- д) выделении гноя из заднего прохода.

61. При болезни Гиршпрунга может быть:

- а) отсутствие ганглиев мышечно-кишечного сплетения;
- б) уменьшение числа и размеров ганглиев межмышечного сплетения;
- в) дистрофия ганглиев в расширенных отделах;
- г) наличие ганглиев без нервных клеток в них;
- д) пучки безмякотных нервных волокон.*

62. Выраженные изменения внешнего вида пациента чаще всего бывают при:

- а) психогенном мегаколоне;
- б) идиопатическом мегаколоне;
- в) привычном запоре;
- г) болезни Гиршпрунга;*
- д) токсическом мегаколоне.

63. Течение болезни Гиршпрунга зависит от

- а) протяженности аганглионарной зоны;*
- б) степени компенсации вышележащих отделов кишечника;
- в) времени начала консервативного лечения и регулярности его проведения;
- г) возраста пациента;
- д) пола пациента.

64. Детальный осмотр области заднего прохода и пальцевое исследование прямой кишки целесообразнее всего проводить:

- а) при обструктивном мегаколоне;
- б) при болезни Гиршпрунга;
- в) при мегаколоне неясной этиологии;
- г) у всех больных;*
- д) при наличии жалоб на упорные запоры.

65. Аганглиоз наиболее часто бывает в:

- а) слепой кишке;
- б) месте перехода нисходящей кишки в сигмовидную;
- в) поперечно-ободочной кишке;
- г) прямой кишке;*
- д) сигмовидной кишке.

66. Послойная биопсия стенки прямой кишки (по Свенсону) позволяет:

- а) Установить степень атипии клеток слизистой оболочки
- б) Выявить количественное содержание ацетилхолинэстеразы
- в) Позволяет точно определить протяженность зоны аганглиоза

- г) Определить состояние интрамурального нервного аппарата*
- д) Установить наличие сосудистых изменений дистального отдела прямой кишки

67. Накладывать стому у ослабленных больных при многоэтапном лечении болезни Гиршпрунга следует на:

- а) восходящую ободочную кишку;
- б) сигмовидную кишку;
- в) поперечно-ободочную кишку;
- г) границе компенсированной и декомпенсированной части ободочной кишки;*
- д) подвздошную кишку.

68. Хирургическая тактика при болезни Гиршпрунга в основном определяется:

- а) длиной аганглионарной зоны;*
- б) протяженностью декомпенсированных расширенных отделов кишечника;
- в) общим состоянием больных;
- г) возрастом больных;
- д) негативным отношением больных к наложению колостомы.

69. Резекция аганглионарной зоны и расширенной части толстой кишки с формированием эвагинационного анастомоза "конец в конец" - это

- а) операция Соаве;
- б) операция Дюамеля;
- в) операция Ребейна;
- г) операция Свенсона;*
- д) модифицированная операция Дюамеля.

70. Основной причиной отказа от операции Соаве у взрослых больных с болезнью Гиршпрунга явилось:

- а) нерадикальность операции;
- б) трудность мобилизации ободочной кишки для низведения;
- в) трудность мобилизации прямой кишки у взрослых пациентов;
- г) трудность выделения слизистой оболочки кишки в зоне аганглиоза;*
- д) трудности наложения анастомоза из-за разных диаметров кишок.

71. При субтотальном и тотальном мегаколоне у взрослых, когда приходится резецировать значительную часть толстой кишки, целесообразно выполнять радикальные операции:

- а) Ребейна;
- б) Дюамеля;*
- в) Свенсона;
- г) Соаве;
- д) без формирования первичного анастомоза.

72. Повторные операции при болезни Гиршпрунга приходится проводить при:

- а) рецидиве мегаколон;
- б) различных осложнениях в области сформированного анастомоза;
- в) недостаточности анального сфинктера;
- г) воспалительных осложнениях в параректальной клетчатке;
- д) многоэтапном лечении.*

73. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) бессвищевая форма атрезии;*

- б) свищ в мочевого пузырь;
- в) уретральный свищ;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 74-77

- е) правильные ответы 1,2 и 3
- ж) правильные ответы 1 и 3
- з) правильные ответы 2 и 4
- и) правильный ответ 4
- к) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

74. Характерными признаками эмбриопресакральной клетчатки при использовании контрастной проктографии являются:

- 1) расширение ретроректального пространства;*
- 2) смещение прямой кишки кпереди;*
- 3) сдавление задней стенки прямой кишки;*
- 4) зазубренность контура кишки;
- 5) ригидность кишечной стенки.

75. Одним из наиболее вероятных осложнений эпителиального копчикового хода является:

- 1) развитие кокцигодинии;
- 2) озлокачествление хода;
- 3) свищи прямой кишки;
- 4) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке;*
- 5) остеомиелит копчика.

76. К обязательным исследованиям у больного с неосложненным эпителиальным копчиковым ходом при первичном осмотре относится:

- 1) наружный осмотр крестцово-копчиковой области;*
- 2) пальцевое исследование прямой кишки;*
- 3) ректороманоскопия;*
- 4) введение краски в первичные отверстия хода;
- 5) рентгенография крестца и копчика.

77. Отличительными признаками эндометриоза прямой кишки от пресакральных тератом является:

- 1) кровянистые выделения из прямой кишки во время менструации;*
- 2) увеличение узлов эндометриоза во время менструации;*
- 3) усиление болей во время менструации;*
- 4) подвижность слизистой прямой кишки над образованием;
- 5) гладкая слизистая над образованием.

78. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки:

- а) в подкожной клетчатке;
- б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- в) между наружной и внутренней косыми мышцами;
- г) между внутренней косой и поперечной мышцей;*
- д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живот.

79. Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется:

- а) в околопупочную область;
- б) в предпузырное пространство;
- в) в свободную брюшную полость;
- г) в соседнее апоневротическое влагалище мышцы;
- д) гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы.*

80. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии:

- а) справа;*
- б) слева;
- в) спереди от артерии;
- г) позади артерии;
- д) огибает артерию в виде кольца.

81. Нижняя прямокишечная артерия отходит:

- а) от внутренней подвздошной артерии;
- б) от запирательной артерии;
- в) от внутренней срамной артерии;*
- г) от нижней ягодичной артерии;
- д) от промежностной артерии.

82. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены:

- а) только мочевого пузыря;
- б) мочевого пузыря и прямая кишка;
- в) предстательная железа и прямая кишка;
- г) мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка;*
- д) мочевого пузыря и предстательная железа.

83. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:

- а) запирательного нерва;
- б) срамного нерва;*
- в) тазового нерва;
- г) бедренного нерва;
- д) промежностного нерва.

84. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирательной мышцей и седалищным бугром называется:

- а) межмышечным пространством;
- б) пельвиоректальным пространством;
- в) подкожным клетчаточным пространством;
- г) ишиоректальным пространством;*
- д) ретроректальным пространством.

85. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет:

- а) верхней брыжеечной артерии;
- б) печеночной артерии;*
- в) артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты;
- г) нижней брыжеечной артерии;
- д) всех перечисленных артерий.

86. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет:

- а) нижней брыжеечной артерии;
- б) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии;
- в) ветвей, непосредственно отходящих от аорты;
- г) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии;*
- д) средней ободочной артерии.

87. Артерии сигмовидной кишки отходят:

- а) непосредственно от аорты;
- б) от верхней брыжеечной артерии;
- в) от нижней брыжеечной артерии;*
- г) от средней ободочной артерии;
- д) от левой ободочной артерии.

88. Внутренние геморроидальные узлы располагаются:

- а) ниже аноректальной линии;
- б) над аноректальной линией;*
- в) на уровне межсфинктерной борозды;
- г) на уровне аноректальной линии;
- д) на линии Хилтона.

89. Остроконечные перианальные кондиломы имеют вид:

- а) округлых плоских бляшек;
- б) разных по форме и размерам разрастаний в виде цветной капусты.*

90. Макроскопическая картина поражения при болезни Крона толстой кишки характеризуется:

- а) изолированным поражением слизистой оболочки с чередованием пораженных и здоровых участков;
- б) тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки;
- в) тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта;
- г) обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки;
- д) наличием множественных язв-трещин в толстой кишке.*

Выберите правильный ответ по схеме в вопросах № 91-97.

- е) правильные ответы 1,2 и 3
- ж) правильные ответы 1 и 3
- з) правильные ответы 2 и 4
- и) правильный ответ 4
- к) правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

91. К неэпителиальным злокачественным опухолям относится:

- 1) плоскоклеточный рак,
- 2) аденокарцинома из анальных желез,
- 3) базалиоидный рак,
- 4) злокачественная меланома, *
- 5) мукоэпидермоидный рак.

92. В расширенных отделах толстой кишки при болезни Гишпрунга может иметь место:

- 1) относительное уменьшение числа ганглиев межмышечного нервного сплетения, *
- 2) склеротические изменения во всех слоях кишечной стенки, *
- 3) гипертрофия мышечных слоев, *

- 4) усиление гаустрации,
- 5) уменьшение толщины стенки кишки за счет атрофии мышечного слоя.

93. Каудальные тератомы характеризуются тем, что:

- 1) могут быть кистозного строения,*
- 2) могут иметь солидное строение,*
- 3) образования солидного строения не имеют крупных кист,*
- 4) при кистозном строении кисты крупные,*
- 5) кисты могут быть одно - или многокамерные.*

94. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются:

- 1) привратник,*
- 2) баугиниева заслонка,*
- 3) наружный сфинктер заднего прохода,*
- 4) внутренний сфинктер,
- 5) сфинктер Гирша.

95. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует:

- 1) луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы,
- 2) собственная фасция мочеполого треугольника,
- 3) глубокая поперечная мышца промежности,
- 4) запирательная мышца, *
- 5) поверхностная поперечная мышца промежности.

96. В ювенильных полипах:

- 1) строма резко преобладает над железистым компонентом,*
- 2) в эпителиальных клетках усилено слизееобразование,*
- 3) обнаруживается большое количество кист, заполненных секретом бокаловидных клеток,*
- 4) преобладают процессы пролиферации эпителия,
- 5) в строме обнаруживаются ветвящиеся гладкомышечные прослойки.

97. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки:

- 1) являются капиллярами,
- 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки,
- 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана,
- 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее,*
- 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошноободочной артерии.

98. Осложнениями кишечных стом, вызванными неправильно подобранной продукцией по уходу за стомами, является:

- 1) Ретракция стомы
- 2) Парастомальная грыжа
- 3) Кожные гипергрануляции
- 4) Гиперкератоз
- 5) Контактный дерматит*

99. Перистомальную кожу (при отсутствии осложнений) обрабатывают:

- 1) Раствором перманганата калия
- 2) Этиловым спиртом 75%
- 3) Спиртовым раствором бриллиантовой зелени
- 4) Водным раствором хлоргексидина
- 5) Водой*

100. Возбудителем острого анаэробного парапроктита является:

- 1) Cl. Perfringens*
- 2) Str.pyogenes
- 3) Str.pneumoniae
- 4) Chlamydia trachomatis

101. Наиболее вероятная причина кишечной непроходимости у пациента 78 лет с анемией средней степени тяжести и циркулярным сужением нисходящей ободочной кишки по данным ирригоскопии:

- 1) Закупорка просвета кишки безоаром
- 2) Опухоль нисходящей ободочной кишки*
- 3) Инвагинация
- 4) Хронический запор

102. Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить: 1) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;

- 2) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;
- 3) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- 4) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы; *
- 5) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

103. У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная. Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- 1) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- 2) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;
- 3) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;
- 4) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- 5) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.*

Список вопросов для этапного экзамена
(клиническая ординатура по специальности «Колопроктология»)

1. Типы колостомий, техника выполнения.
2. Пресакральная новокаин-спиртовая блокада: показания, техника выполнения.
3. Пути лимфогенного метастазирования при злокачественных опухолях толстой кишки.
45. Сфинктеропластика: виды, техника выполнения.
6. Долихосигма: этиология, патогенез, лечение.
7. Электроэксцизия полипов прямой и толстой кишки-показания, особенности выполнения, возможные осложнения.
8. Анальный зуд: этиология, патогенез, лечение.
9. Латеральная ленточная ректопексия (операция Малышева): показания, техника выполнения.
10. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки: клиника, диагностика.
11. Однорядный шов на толстой кишке: преимущества, показания.
12. Колпроктэктомия: показания, техника выполнения.
13. Кровоснабжение и иннервация толстой кишки; анатомические варианты кровоснабжения сигмовидной кишки.
14. Травматические повреждения толстой и прямой кишки (классификация по этиологическому и анатомическому принципу).
15. Лигатурный способ лечения хронического парапроктита: показания, техника.
16. Болезнь Гиршпрунга: этиология, патогенез, клиника, лечение.
17. Объем и методы исследования колопроктологических больных.
18. Дивертикулез сигмовидной кишки: этиология, патогенез, лечение.
19. Обследование колопроктологического больного; особенности сбора анамнеза.
20. Международная классификация злокачественных опухолей толстой кишки.
21. Хроническая анальная трещина: этиология, патогенез, клиника, лечение.
22. Ректороманоскопия: показания, техника, возможные осложнения.
23. Ректовагинальный свищ: этиология, патогенез, клиника, лечение.

24. Неспецифический язвенный колит: консервативная терапия.
25. Диспансерное наблюдение колопроктологических больных: категории, нозологические формы.
26. Хирургическое лечение геморроя: способы малоинвазивного лечения.
27. Неспецифический язвенный колит: этиология, патогенез, патоморфология.
28. Структура колопроктологической помощи населению в России.
29. Строение и кровоснабжение геморроидальных узлов.
30. Оперативное лечение нижеампулярного рака: виды, техника брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.
31. Поликлиническая колопроктологическая служба: структура, объем помощи.
32. Клиническая анатомия органов малого таза.
33. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита: виды вмешательств, показания.
34. История развития колопроктологии в России.
35. Анатомия и кровоснабжение диафрагмы таза.
36. Анокопчиковый болевой синдром: этиология, патогенез, клиника, лечение.
37. Этика и деонтология в колопроктологии.
38. Анатомическое строение анального канала.
39. Болезнь Крона: этиология, патогенез, патоморфология, лечение.
40. Оказание колопроктологической помощи на догоспитальном этапе.
41. Анатомические отличия строения анального канала мужчин и женщин (клиническое значение).
42. Острый парапроктит: диагностика, клиника, лечение.
43. Неотложная колопроктология: объем и методы оказания помощи.
44. Портокавальные анастомозы: симптоматические геморроидальные кровотечения.
45. Операции при выпадении прямой кишки (групповая классификация).
46. Кровоснабжение прямой кишки.
47. Операции типа Гартмана: диапазон применения, техника.

48. Выпадение прямой кишки: грыжевая и инвагинационная теории, стадии выпадения.
49. Морфологические обоснования левосторонней гемиколэктомии при раке нисходящей кишки.
50. Ирригоскопия: возможности и недостатки.
51. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, патогенез, лечение.
52. Инконтиненция: этиология, патогенез, классификация.
53. Оперативные методы лечения геморроя.
54. Брюшно-анальная резекция прямой кишки: показания, техника.
55. Кripto-гlandуральная теория развития острого парапроктита.
56. Склерозирующая терапия хронического геморроя: показания, препараты, техника.
57. Резекция сигмовидной кишки: показания, техника.
58. Огнестрельные ранения толстой кишки: особенности, тактика.
59. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке: показания, сроки выполнения.

Банк тестовых заданий (с ответами)

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Заболевания прямой кишки и анального канала

01. Крипитом называется воспаление:
- А) в морганиевых синусах
 - Б) в анальных сосочках
 - В) в морганиевых криптах
 - Г) перианальной кожи
 - Д) слизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки
02. Хирургическое лечение при криптите показано при:
- А) распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
 - Б) абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
 - В) выделении фибрина из прямой кишки
 - Г) гиперемии крипты
 - Д) при болезненных ощущениях во время акта дефекации
03. Анальный папиллит — это:
- А) спавшиеся внутренние геморроидальные узлы
 - Б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы

- В) воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
- Г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
- Д) кондиломатозные разрастания кожи промежности

04. Анальный папиллит обычно не бывает обусловлен наличием:

- А) криптита
- Б) геморроя
- В) острого парапроктита
- Г) остроконечных перианальных кондилом
- Д) неполного внутреннего свища

05. Основным отличием анального сосочка от аденомы является:

- А) расположение на уровне аноректальной линии
- Б) расположение выше уровня аноректальной линии
- В) выпадение из анального канала
- Г) гистологическое строение
- Д) отсутствие выраженной ножки

06. Радикальным лечением анального папиллита может быть:

- А) иссечение анального сосочка
- Б) электрокоагуляция анального сосочка
- В) иссечение сосочка вместе с соседней криптой
- Г) ежедневное прижигание сосочка ляписом
- Д) микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

07. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:

- А) злокачественного процесса
- Б) перианальных кондилом
- В) острого парапроктита
- Г) анальной трещины
- Д) геморроя

08. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

- А) в морганиевой крипте
- Б) на линии Хилтона
- В) в нижеампулярном отделе прямой кишки
- Г) в вышеампулярном отделе прямой кишки
- Д) в среднеампулярном отделе прямой кишки

09. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:

- А) зуд в области промежности
- Б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
- В) кровотечение во время дефекации
- Г) наличие на коже промежности рубцов
- Д) наличие свищевого отверстия в анальном канале и на промежности

10. При обследовании больного со свищом прямой кишки обязательно выполнять:

- А) наружный осмотр и пальпацию перианальной области
- Б) пальцевое исследование прямой кишки
- В) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- Г) колоноскопию

Д) ректороманоскопию

11. Локализация свищевого хода при хроническом парапроктите оценивается по отношению:

- А) к внутреннему сфинктеру
- Б) наружному сфинктеру заднего прохода
- В) к морганиевой крипте
- Г) клетчаточному пространству
- Д) к лонному сочленению

12. Причинами первичного анального зуда могут быть:

- А) воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
- Б) сахарный диабет
- В) глистная инвазия
- Г) гепатит и пиелонефрит
- Д) все ответы верны

13. Течение хронического парапроктита может осложниться:

- А) возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия
- Б) распространением воспалительного процесса
- Г) развитием недостаточности анального сфинктера
- Д) все ответы верны

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить

- А) посев отделяемого свища для определения микрофлоры
- Б) посев кала на дисбактериоз
- В) цитологическое или гистологическое исследование
- Г) сфинктерометрию
- Д) рентгенографию крестцового отдела позвоночника

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является

- А) кишечная непроходимость
- Б) кровотечение
- В) обострение воспаления
- Г) малигнизация
- Д) анальный зуд

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и:

- А) рак прямой кишки
- Б) кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
- В) эпителиальный копчиковый ход
- Г) остеомиелит копчика
- Д) свищевую форму пиодермии

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1, 2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что:

- 1) свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
- 2) свищевой ход без затёков
- 3) отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
- 4) свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
- 5) есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется :

- 1) широким внутренним отверстием в одной из крипт
- 2) рубцовыми изменениями в стенке анального канала
- 3) рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свища
- 4) затёками в параректальной клетчатке
- 5) воспалительными изменениями в соседних криптах

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:

- 1) широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
- 2) внутренним отверстием без рубцовой деформации
- 3) свищевым ходом без затёков и полостей
- 4) наличием затёков в клетчаточном пространстве
- 5) прямым свищевым ходом

20. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:

- А) свищевой ход всегда прямой
- Б) свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке
- В) внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации
- Г) внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки
- Д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала

21. К подковообразным относятся свищи прямой кишки, в которых имеется:

- А) два внутренних отверстия при одном наружном
- Б) два наружных отверстия при одном внутреннем
- В) извилистые свищевые ходы с дополнительными затёками в одном параректальном клетчаточном пространстве
- Г) свищевой ход с одним внутренним отверстием и несколькими наружными, располагающимися слева и справа от анального отверстия
- Д) свищевой ход, идущий сбоку от кишки, с одним наружным и одним внутренним отверстием

22. Для интрасфинктерного свища прямой кишки характерно:

- 1) наличие короткого свищевого хода
- 2) наличие пальпируемого подкожного тяжа, идущего к заднепроходному отверстию
- 3) свободное прохождение зонда в просвет кишки
- 4) наличие гнойных полостей
- 5) частое обнаружение гнойных затёков

23. При интрасфинктерном свище прямой кишки наиболее целесообразно

- А) иссечение свища с ушиванием раны непрерывным швом
- б) рассечение свищевого хода без иссечения тканей
- В) иссечение свища с низведением слизистой
- Г) иссечение свища в просвет прямой кишки

Д) иссечение свища с ушиванием дна раны узловыми швами

24. Хирургическое лечение свищей прямой кишки в амбулаторных условиях

- А) полностью исключено
- Б) нецелесообразно только по причине неадекватной анестезии
- В) если есть условия, свищи прямой кишки любой степени сложности следует оперировать в поликлинике
- Г) возможно при интрасфинктерном свище
- Д) целесообразно при неполных внутренних свищах

25. При чрессфинктерном свище прямой кишки лучше всего:

- А) всегда выполнять иссечение свища в просвет кишки
- Б) иссечение свища с ушиванием сфинктера
- В) применять лигатурный метод с использованием шелка
- Г) в зависимости от того, через какую порцию наружного сфинктера проходит свищевой ход, следует выполнить одну из выше перечисленных операций
- Д) провести латексную лигатуру

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

26. При экстрасфинктерных свищах прямой кишки деление на степени сложности в основном имеет значение для:

- А) дифференцированного подхода к выбору вида операции
- Б) прогнозирования исходов лечения
- В) разработки мер профилактики осложнений
- Г) выбора вида обезболивания
- Д) для планирования сроков пребывания больного в стационаре

27. При первой степени сложности экстрасфинктерных свищей наиболее целесообразно

- А) иссечение свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера (сфинктеропластика)
- Б) иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизистой
- В) иссечение свища в просвет кишки с подшиванием краёв раны ко дну
- Г) иссечение свища с проведением шелковой лигатуры и затягиванием её
- Д) иссечение свища с проведением латексной лигатуры

28. При сфинктеропластике после иссечения экстрасфинктерного свища в просвет кишки в качестве шовного материала целесообразнее использовать

- А) шёлк
- Б) викрил или полисорб
- В) лавсан
- Г) кетгут хромированный
- Д) кетгут простой

29. У больного выявлен задний экстрасфинктерный свищ прямой кишки IV степени сложности. Оптимальным методом операции следует считать:

- А) иссечение свища в просвет кишки с пластикой сфинктера через 3-4 месяца
- Б) иссечение свища с проведением лигатуры, вскрытие и дренирование затёков
- В) иссечение свища с ушиванием сфинктера, вскрытие и дренирование затёков
- Г) иссечение свища с подшиванием краёв раны ко дну
- Д) иссечение внутреннего отверстия свища, вскрытие затёков

30. Пересечение аноскопической связки

- А) производится при всех задних подковообразных свищах прямой кишки в не зависимости от глубины расположения свищевого хода
- Б) выполняется только при задних свищах, проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера
- В) целесообразно при задних экстрасфинктерных подковообразных свищах с ретроректальным затеком
- Г) при свищах прямой кишки никогда не производится
- Д) не выполняется при имеющейся слабости анального сфинктера

31. Анокопчиковая связка пересекается с целью

- А) вскрытия и дренирования постанального клетчаточного пространства
- Б) вскрытия межсфинктерного пространства
- В) вскрытия ретро-ректального клетчаточного пространства
- Г) вскрытия ишио-ректального клетчаточного пространства
- Д) профилактики недостаточности анального сфинктера

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) - если правильные ответы 1 и 3;**
- В) - если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если правильный ответ 4;**
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

32. Во время операции по поводу свища прямой кишки прежде, чем провести лигатуру необходимо:

- А) иссечь наружное отверстие и свищевой ход до стенки кишки
- Б) вскрыть затеки
- В) иссечь внутреннее свищевое отверстие
- Г) выскоблить внутрстеночную часть свищевого хода
- Д) иссечь выстилку анального канала и кожу в виде узкой дорожки для лигатуры

33. Рецидивы свища прямой кишки после операции иссечения свища с низведением слизистой могут быть связаны с:

- А) ретракцией лоскута слизистой
- Б) несостоятельностью швов, фиксирующих низведенный лоскут
- В) оставлением части свищевого хода или затека
- Г) наличием избытка низведенного лоскута слизистой оболочки
- Д) несоблюдением постельного режима в течение 7 дней

34. Интраоперационное затягивание лигатуры при экстрасфинктерных свищах прямой кишки опасно:

- А) если дно раны промежности выше внутреннего свищевого отверстия
- Б) при боковых свищах
- В) при передних свищах у женщин
- Г) при передних свищах у мужчин
- Д) при наличии инфильтрации тканей и гнойного процесса в ране Промежности

35. Для уменьшения числа послеоперационных осложнений после иссечения свища с проведением лигатуры обязательно нужны:

- А) ежедневные перевязки
- Б) затягивания лигатуры при её ослаблении

- В) своевременное пересечение "мостика" тканей под лигатурой|
- Г) бесшлаковая диета
- Д) препараты для ускорения заживления ран

36. Для профилактики послеоперационной недостаточности анального жома при лигатурном методе нужно:

- А) не форсировать затягивание лигатуры
- Б) избегать длительной тампонады раны анального канала
- В) следить, чтобы пересечение сфинктера лигатурой и заполнение полости грануляциями протекало параллельно
- Г) весь период лечения применять мази только на водорастворимой основе
- Д) ежедневно затягивать лигатуру с пятого дня после операции

37 Для уменьшения натяжения швов, наложенных на сфинктер целесообразно:

- А) применять Z-образные швы на мышцу
- Б) сделать послабляющие разрезы вокруг кожной раны
- В) накладывать шёлковые швы на периферическую часть раны
- Г) наложить дополнительные чрекожные П-образные швы на сфинктер
- Д) не ушивать кожу промежностной раны

38. Расхождение концов сфинктера в послеоперационном периоде возможно вследствие :

- 1) нагноения раны
- 2) раннего стула вследствие плохой очистки кишечника перед операцией
- 3) прохождения твёрдых каловых комков при длительной задержке стула
- 4) наложения дополнительных, поддерживающих швов на сфинктер
- 5) низведения слизисто-мышечного лоскута

39. Первое опорожнение прямой кишки после операции иссечения свища прямой кишки и сфинктеропластики чаще всего производится с помощью

- 1) солевого слабительного
- 2) приема внутрь касторового масла
- 3) приема внутрь вазелинового масла
- 4) очистительной клизмы
- 5) лаважа

40. Пальцевое исследование после операции по поводу свища прямой кишки с ушиванием сфинктера необходимо для:

- 1) определения тонуса сфинктера
- 2) определения волевых сокращений сфинктера
- 3) контроля за состоянием швов, наложенных на сфинктер
- 4) контроля затечением раневого процесса (наличие инфильтрата и др.)
- 5) предотвращения слипания краев слизистой оболочки

41. У больного через 3 месяца после операции по поводу свища прямой кишки отмечается недержание газов. Это следует расценивать как

- А) нормальное явление после операции
- Б) 2-ю степень недостаточности анального жома
- В) временное явление
- Г) 1-ю степень недостаточности анального жома
- Д) рецидив свища прямой кишки

42. При недостаточности анального сфинктера I степени следует сразу рекомендовать:
- 1) хирургическое лечение
 - 2) медикаментозную стимуляцию сфинктера
 - 3) отказ от овощей и фруктов
 - 4) лечебную физкультуру
 - 5) ежедневную постановку очистительных клизм

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

43. Иссечение свища с ушиванием сфинктера и низведением слизисто-мышечного лоскута при экстрасфинктерных свищах целесообразно:
- А) при 2 степени сложности свища
 - Б) при 1 степени сложности свища
 - В) при 3 степени сложности свища
 - Г) при 4 степени сложности свища
 - Д) при любой степени сложности, если нет гнойного процесса и есть условия для мобилизации и перемещения слизисто-мышечного лоскута
44. Главным преимуществом операции иссечения свища и низведением слизистой перед лигатурным методом является
- А) отсутствие повреждения анального сфинктера
 - Б) большая радикальность
 - В) меньший процент нагноений раны
 - Г) меньшая травматичность операции
 - Д) уменьшение сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре
45. При операции по поводу свища прямой кишки с низведением слизистой может привести к осложнению:
- А) перфорация лоскута ниже внутреннего отверстия свища
 - Б) перфорация лоскута выше внутреннего отверстия
 - В) выделение слизистой с внутренним сфинктером
 - Г) использование электрокоагуляции для гемостаза
 - Д) фиксация низведенного лоскута кетгутом
46. При операциях по поводу свища прямой кишки задняя дозированная сфинктеротомия
- А) необходима при иссечении свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера
 - Б) выполняется при иссечении свища в просвет кишки
 - В) показана при иссечении свища с низведением слизисто-мышечного лоскута
 - Г) выполняется при иссечении свища с проведением и затягиванием лигатуры
 - Д) не показана ни при одной из перечисленных операций

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) - если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

47. Затягивание лигатуры интраоперационно при операции по поводу свища прямой кишки:
- 1) необходимо всегда
 - 2) целесообразно, если нет параректальных затеков

- 3) никогда не производится
- 4) не производится, если очевидно, что лигатура прорежется раньше, чем заживет промежностная рана выше внутреннего отверстия свища
- 5) не выполняется у женщин

48. Иссечение экстрасфинктерного свища в просвет кишки с ушиванием сфинктера показано:

- 1) при 1 степени сложности свища
- 2) при 3 степени сложности свища
- 3) при 2 степени сложности
- 4) при 4 степени сложности свища
- 5) при 3 степени, если уже есть недостаточность анального жома

49. Под термином "ректоцеле" понимают:

- 1) выпадение прямой кишки
- 2) избыточную подвижность слизистой оболочки прямой кишки
- 3) опущение передней стенки влагалища и матки
- 4) мешковидное выпячивание стенки прямой кишки
- 5) выпадение слизистой прямой кишки

50. Причиной развития переднего ректоцеле могут быть:

- 1) разрывы промежности в родах
- 2) упорные запоры
- 3) ослабление мышц тазового дна
- 4) многократные роды
- 5) возрастные изменения тканей промежности

51. Ректоцеле следует дифференцировать с

- 1) кистой ректовагинальной перегородки
- 2) выпадением слизистой прямой кишки
- 3) промежностной грыжей
- 4) выпадением стенок влагалища
- 5) внутренним выпадением прямой кишки

52. Наиболее информативным признаком для переднего ректоцеле у женщин является:

- 1) чувство неполного опорожнения прямой кишки
- 2) недержание газов
- 3) частые позывы на дефекацию
- 4) выпячивание передней стенки прямой кишки во влагалище
- 5) трудности при опорожнении прямой кишки

53. Консервативные мероприятия при ректоцеле показаны:

- 1) у нерожавших женщин
- 2) только при I степени
- 3) при II и III степени
- 4) при любой степени ректоцеле, если эти мероприятия эффективны
- 5) у женщин старше 50 лет

54. При переднем ректоцеле без недостаточности анального сфинктера можно выполнить:

- 1) леваторопластику только перинеальным доступом
- 2) леваторопластику только вагинальным доступом
- 3) выбор доступа зависит от. возраста пациентки

- 4) выбор доступа зависит от размеров ректоцеле
 - 5) выбор доступа зависит от степени чистоты влагалища
55. Остроконечные кондиломы могут локализоваться:
- 1) на перианальной коже
 - 2) на коже половых органов
 - 3) в анальном канале
 - 4) на слизистой оболочке прямой кишки
 - 5) только на коже вокруг заднего прохода
56. Остроконечные перианальные кондиломы вызываются:
- 1) бледной спирохетой
 - 2) клостридией
 - 3) актиномицетами
 - 4) вирусом
 - 5) этиология не установлена
57. Злокачественной разновидностью остроконечных перианальных кондилом является
- 1) аденокарцинома нижеампулярного отдела прямой кишки
 - 2) саркома промежности
 - 3) плоскоклеточный неороговевающий рак
 - 4) опухоль Бушке-Левенштейна
 - 5) анальный рак
58. Предрасполагающими причинами выпадения прямой кишки являются:
- 1) наследственный фактор
 - 2) особенности конституции организма
 - 3) особенности строения прямой кишки
 - 4) дегенеративные изменения в мышцах запирающего аппарата прямой кишки
 - 5) глубокий тазовый карман брюшины
59. Основными причинами, приводящими к выпадению прямой кишки являются:
- 1) истощение
 - 2) тяжелый физический труд
 - 3) желудочно-кишечные заболевания
 - 4) тупые травмы живота
 - 5) тяжелые роды
60. К анатомо-конституциональным особенностям, являющимися предрасполагающими условиями для выпадения прямой кишки, относятся:
- 1) уплощение крестцово-копчиковой кривизны
 - 2) цилиндрическая форма прямой кишки
 - 3) долихосигма
 - 4) чрезмерная подвижность сигмовидной и прямой кишок
 - 5) врожденная слабость связочного аппарата
61. Основными вариантами патогенеза развития выпадения прямой кишки являются:
- 1) по типу скользящей грыжи
 - 2) из-за недостаточности наружного сфинктера заднего прохода
 - 3) по типу кишечной инвагинации
 - 4) по типу висцероптоза
 - 5) из-за опущения матки и стенок влагалища

62. Если прямая кишка выпадает не только при дефекации, но и при физической нагрузке, то это-
- 1) пятая степень выпадения
 - 2) четвертая степень выпадения
 - 3) третья степень выпадения
 - 4) вторая степень выпадения
 - 5) первая степень выпадения
63. О декомпенсации мышц тазового дна при выпадении прямой кишки в первую очередь свидетельствует:
- 1) выпадение кишки при каждом акте дефекации
 - 2) выпадение кишки при дефекации и физической нагрузке
 - 3) недержание газов
 - 4) необходимость ручного пособия для вправления выпавшей кишки
 - 5) недержание газов и жидкого кала
64. Объективным признаком внутреннего выпадения прямой кишки (интаректальная инвагинация) является:
- 1) обильные выделения крови при дефекации
 - 2) тупые боли внизу живота при дефекации
 - 3) чувство неполного опорожнения прямой кишки
 - 4) развитие солитарной язвы
 - 5) многомоментная дефекация
065. Подтверждением слабости соединительно-тканых структур, что встречается при выпадении прямой кишки, является
- 1) конституциональный тип больного
 - 2) наличие грыжевых выпячиваний
 - 3) наличие плоскостопия
 - 4) варикозное расширение вен нижних конечностей
 - 5) опущение органов брюшной полости
66. Осмотр больного, у которого предполагается выпадение прямой кишки, лучше производить
- 1) в коленно-локтевом положении
 - 2) в положении как для камнесечения
 - 3) лёжа на животе
 - 4) в положении больного на корточках и с натуживанием
 - 5) в вертикальном положении
67. На выпадение стенок анального канала при выпадении прямой кишки указывает
- 1) яйцевидная форма выпадающей кишки
 - 2) конусовидная форма выпадающей кишки
 - 3) длина выпавшего участка кишки более 15 см
 - 4) наличие на выпавшей кишке зубчатой линии
 - 5) отёк и гиперемия слизистой оболочки
68. К необязательным методам обследования у больных с выпадением прямой кишки относится:
- 1) наружный осмотр и пальцевое исследование прямой кишки
 - 2) ректороманоскопия

- 3) рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта
 - 4) ультразвуковое исследование полости малого таза
 - 5) исследования функции запирающего аппарата прямой кишки
69. Шаровидная или яйцевидная форма выпадающей прямой кишки отмечается при:
- 1) при выраженной потере тонуса кишечной стенки
 - 2) недостаточности анального сфинктера
 - 3) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
 - 4) наличии петли сигмовидной кишки между стенками прямой
 - 5) длине выпадающей части более 20 см
70. Длина цилиндра выпадающей кишки более 12-15 см свидетельствует о:
- 1) потере тонуса кишечной стенки
 - 2) недостаточности сфинктера заднего прохода^
 - 3) наличии петель тонкой кишки между стенками прямой кишки
 - 4) вовлечении в патологический процесс сигмовидной кишки
 - 5) декомпенсации мышц тазового дна
71. Основным отличительным признаком выпадения геморроидальных узлов от выпадения прямой кишки является:
- 1) длина выпадающей части
 - 2) цвет слизистой оболочки
 - 3) алый цвет крови
 - 4) дольчатое строение выпадающей розетки с продольными складками слизистой оболочки
 - 5) отсутствие боли в заднем проходе
72. Дифференцировать выпадение прямой кишки от эндофитных опухолей прямой кишки приходится при:
- 1) ущемлении выпавшего отрезка кишки из-за инфильтрации ее стенки
 - 2) наличии ворсинчатых опухолей прямой кишки
 - 3) крупных выпадающих анальных сосочках
 - 4) наличии внутреннего выпадения и солитарной язвы
 - 5) выделении при дефекации темной крови

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

73. Самый достоверный способ отличить эндофитную опухоль прямой кишки от солитарной язвы:
- А) пальцевое исследование прямой кишки с оценкой глубины язвы и характера краев, при солитарной язве они ровные
 - Б) ректороманоскопия с визуальной оценкой формы, размеров, наличия грануляционного вала
 - В) установить отсутствие интаректальной инвагинации с помощью видеодефекографии
 - Г) провести морфологическое исследование
 - Д) оценить данные ультрасонографии
74. Лечение наружного выпадения прямой кишки должно быть:
- А) только хирургическим
 - Б) хирургическим только при осложнениях
 - В) консервативным при первой степени выпадения
 - Г) хирургическим у пациентов не старше 40 лет
 - Д) консервативным у больных старше 50 лет

75. Операция Делорма заключается в:
- А) так называемом лоскутном отсечении выпадающей части кишки
 - Б) циркулярном отсечении выпавшей прямой кишки
 - В) циркулярном отсечении слизистой оболочки выпавшей части прямой кишки с наложением сближающих швов на мышечную стенку в виде валика
 - Г) использовании при операции по Тиршу тефлоновой нити
 - Д) использовании при операции по Тиршу тефлоновой сетки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;**
- В) — если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если правильный ответ 4;**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

76. К фиксирующим операциям при выпадении прямой кишки относятся:

- 1) способ Зеренина-Кюммеля
- 2) способ Рипштейна
- 3) задне-петлевая фиксация прямой кишки к крестцу с помощью тефлоновой сетки
- 4) операция Тирша
- 5) операция Делорма

77. В основу современной классификации хронического геморроя положены:

- 1) размеры геморроидальных узлов
- 2) выраженность выпадения геморроидальных узлов
- 3) частота тромбирования узлов
- 4) кровотечения из геморроидальных узлов
- 5) наличие или отсутствие наружных узлов

78. В патогенезе геморроя ведущими являются:

- 1) сосудистый фактор
- 2) характер питания
- 3) механический фактор
- 4) фактор хронических запоров
- 5) у женщин фактор беременности и родов

79. При первой стадии хронического геморроя внутренние узлы:

- 1) выпадают, но вправляются самостоятельно
- 2) выпадают и самостоятельно не вправляются
- 3) кровоточат при дефекации, выпадают и вправляются самостоятельно
- 4) кровоточат, но не выпадают из анального канала
- 5) не кровоточат и не выпадают

80. Растяжение и дистрофия мышцы и связочного аппарата, удерживающих геморроидальные узлы в анальном канале, может развиваться из-за:

- 1) натуживаний при затрудненной дефекации
- 2) беременности и родов
- 3) злоупотребления алкоголем и острой пищей
- 4) подъема тяжестей
- 5) длительного вынужденного положения на работе

81. При третьей стадии геморроя внутренние узлы:
- 1) выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно
 - 2) увеличены и кровоточат при дефекации
 - 3) увеличены, кровоточат при дефекации, 1-2 раза в году тромбируются
 - 4) выпадают, для вправления необходимо ручное пособие
 - 5) постоянно выпадают и не вправляются

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

82. В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловатая 5-6 недель. Наиболее вероятная причина анемии у пациентки

- А) миома матки
- Б) кровоточащий геморрой
- В) полип желудка
- Г) полипы прямой кишки
- Д) опухоль прямой кишки

83. Этой пациентке целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов
- В) направить под наблюдение гинеколога
- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении

84. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное. В крови умеренное снижение гемоглобина. При осмотре выявлен кровоточащий геморрой с выпадением узлов. Ваша тактика

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом "геморрой" для операции
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее исследование толстой кишки
- В) назначить больному диету, свечи
- Г) посоветовать применять свечи и наладить стул
- Д) провести обследование в стационаре

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

85. Самые частые первоначальные симптомы хронического геморроя:

- 1) кровотечения
- 2) боли после дефекации
- 3) выпадение узлов
- 4) анальный зуд
- 5) кишечный дискомфорт

86. При обращении к врачу ведущими симптомами хронического геморроя являются:
- 1) кровотечение
 - 2) выпадение узлов
 - 3) боли в заднем проходе
 - 4) кишечный дискомфорт
 - 5) анальный зуд
87. Кровотечения из заднего прохода при хроническом геморрое характеризуются:
- 1) темным цветом крови
 - 2) алым цветом крови
 - 3) наличием сгустков
 - 4) периодичностью
 - 5) постоянством
88. Консервативное лечение хронического геморроя должно быть направлено на:
- 1) устранение боли
 - 2) улучшение микроциркуляции
 - 3); улучшение кровотока в геморроидальных узлах 4
 - 4) уменьшение хрупкости сосудистых стенок
 - 5) остановку кровотечений
89. Основные принципы действия препарата «Детралекс»
- 1) повышение венозного тонуса
 - 2) купирование воспаления
 - 3) стимуляция венозного кровотока
 - 4) улучшение лимфодренажа
 - 5) устранение микроциркуляторных расстройств
90. К малоинвазивным методикам лечения хронического геморроя относятся:
- 1) инфракрасная коагуляция
 - 2) электрокоагуляция
 - 3) склеротерапия
 - 4) лигирование узлов латексными кольцами
 - 5) шовное лигирование геморроидальных сосудов
91. Основные принципы применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя:
- 1) они применимы только при патологическом состоянии внутренних геморроидальных узлов
 - 2) не применяются при выраженном наружном геморрое
 - 3) не применяются при наличии воспалительных заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности
 - 4) все манипуляции выполняются с применением обезболивания
 - 5) все оборудование должно быть от известных фирм-производителей
92. Показанием к инфракрасной фотокоагуляции при хроническом геморрое служит:
- 1) геморрой в любой стадии
 - 2) только геморрой 1 стадии
 - 3) комбинированный геморрой без кровотечений
 - 4) кровоточащий внутренний геморрой 1-2 стадии
 - 5) геморрой без кровотечений, но с выпадением узлов

93. Противопоказанием к проведению склеротерапии при хроническом геморрое является:
- 1) тромбоз геморроидальных узлов
 - 2) парапроктит острый
 - 3) парапроктит хронический
 - 4) анальная трещина
 - 5) криптит
94. Противопоказанием к лигированию геморроидальных узлов латексными кольцами является:
- 1) тромбоз геморроидальных узлов
 - 2) воспалительные заболевания анального канала
 - 3) комбинированный геморрой без четкой границы между внутренними и наружными узлами
 - 4) геморрой без выпадения узлов
 - 5) внутренний геморрой по типу циркулярного, без четкой локализации узлов на 3, 7 и 11 часах по циферблату
95. Основной причиной сильных болей после лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами служит:
- 1) одновременное лигирование более двух узлов
 - 2) втяжение гребешковой зоны в латексное кольцо
 - 3) тромбоз соседних узлов
 - 4) несоблюдение строгой диеты
 - 5) несоблюдение постельного режима
96. Основными причинами кровотечения в ранние сроки после лигирования латексными кольцами являются:
- 1) соскальзывание лигатуры после лигирования небольшого узла
 - 2) разрыв латексного кольца из-за большой массы узла
 - 3) дефекация в первый день после лигирования
 - 4) несоблюдение строгого постельного режима
 - 5) прием пищи в день проведения лигирования
97. Недостаточность анального сфинктера маловероятна после операции по поводу:
- 1) парапроктита острого
 - 2) свища прямой кишки
 - 3) геморроя
 - 4) анального полипа
 - 5) анальной трещины со сфинктеротомией
98. Недостаточность анального сфинктера после операции иссечения свища в просвет прямой кишки может развиваться вследствие:
- 1) неправильной оценки локализации свищевого хода
 - 2) повреждения глубокой порции наружного жома
 - 3) широкого рубца в анальном канале
 - 4) введения в задний проход во время операции ректального зеркала
 - 5) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране промежности
99. Развитие недостаточности анального сфинктера после операции иссечения свища прямой кишки с ушиванием сфинктера вероятнее всего из-за:
- 1) применения электрокоагуляции для гемостаза в ране
 - 2) недостаточности швов на сфинктере

- 3) локализации свищевого хода в глубокой порции наружного жома
- 4) нагноения и расхождения швов
- 5) использования ректального зеркала во время операции

100. Недостаточность анального жома после операции по поводу свища прямой кишки с использованием лигатурного метода чаще всего развивается вследствие:

- 1) слишком быстрого прорезывания лигатуры
- 2) использования в качестве лигатуры шелка
- 3) образования обширного рубца на сфинктере
- 4) применения лигатуры при переднем свище прямой кишки
- 5) использования в качестве лигатуры латекса

101. Рецидив свища прямой кишки при использовании лигатурного метода чаще всего возникает из-за:

- 1) оставления эпителиальной выстилки в области внутреннего отверстия свища
- 2) недостаточного дренирования межсфинктерного пространства
- 3) проведения лигатуры по ложному ходу
- 4) рубцовых изменений в сфинктере
- 5) использования для лигатуры шелковых нитей, поддерживающих воспаление в ране

102. Послеродовая недостаточность анального сфинктера возникает вследствие:

- 1) разрывов шейки матки
- 2) повреждения стенки влагалища
- 3) разрыва предверия влагалища
- 4) растяжения или разрыва наружного сфинктера заднего прохода
- 5) перерастяжения в родах кожи передней промежности

103. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера показано при:

- 1) функциональной недостаточности
- 2) посттравматической 2 степени
- 3) посттравматической 1 степени
- 4) посттравматической у больных старше 60 лет
- 5) посттравматической 2 степени при повреждении сфинктера в боковых сегментах протяженностью менее 1/3 окружности

104. Самой частой причиной развития посттравматической недостаточности анального сфинктера является:

- 1) использование клизм для очищения прямой кишки в течение длительного времени
- 2) инородные тела прямой кишки
- 3) разрывы и растяжения сфинктера в родах
- 4) операционная травма сфинктера
- 5) бытовая травма сфинктера

105. Хирургическое лечение анальной недостаточности выполняется при:

- 1) функциональной недостаточности 2 степени
- 2) органической недостаточности 2 степени
- 3) органической недостаточности 1 степени
- 4) органической недостаточности 3 степени
- 5) при послеоперационной недостаточности сфинктера любой степени

106. У больных с органической недостаточностью сфинктера заднего прохода 2 степени с дефектом жома протяженностью до 1/3 окружности может быть выполнена операция:

- 1) только сфинктеропластика
- 2) сфинктероглютеопластика
- 3) только сфинктеролеваторопластика
- 4) в зависимости от состояния мышцы и локализации поражения — сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
- 5) по Тиршу

107. При недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности и локализацией по боковым сегментам показана операция:

- 1) сфинктеропластика
- 2) сфинктеролеваторопластика
- 3) в зависимости от выраженности рубцового процесса в мышце — сфинктеропластика или сфинктеролеваторопластика
- 4) сфинктероглютеопластика
- 5) лейомиопластика

108. При наличии дефекта сфинктера более 1/2 окружности выполняются операции:

- 1) создания жома из длинных лоскутов ягодичных мышц
- 2) формирования запирающего аппарата из нежной мышцы бедра
- 3) формирование запирающего аппарата из лоскута большой приводящей мышцы бедра
- 4) сфинктеролеваторопластика
- 5) сфинктеропластика

109. Показанием к операции сфинктеролеваторопластики является

- 1) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/3 окружности по боковым сегментам
- 2) недостаточность сфинктера при наличии дефекта до 1/3 окружности по передней или задней полуокружности .
- 3) недостаточность сфинктера 2-3 степени при наличии дефекта до 1/3 окружности
- 4) недостаточность 2-3 степени у больных с выпадением прямой кишки
- 5) любая степень недостаточности после операции по поводу заднего свища прямой кишки

110. Сфинктероглютеопластика показана при:

- 1) дефекте сфинктера по передней полуокружности
- 2) дефекте сфинктера по задней полуокружности
- 3) недостаточности жома у больных с выпадением прямой кишки
- 4) недостаточности 2-3 степени с дефектом сфинктера до 1/3 окружности по боковым полуокружностям
- 5) недостаточности сфинктера 2-3 степени с дефектом до 1/3 по задней полуокружности

111. Глютеопластика нецелесообразна при:

- 1) травматическом повреждении ягодичных мышц
- 2) органической недостаточности сфинктера 1 степени
- 3) атрофии ягодичных мышц
- 4) наличии дефекта сфинктера более S окружности
- 5) полном отсутствии сфинктера

112. При операции сфинктероглютеопластики используется:
- 1) длинный лоскут большой ягодичной мышцы
 - 2) длинный лоскут малой ягодичной мышцы
 - 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы
 - 4) короткий лоскут большой ягодичной мышцы
 - 5) короткий лоскут малой ягодичной мышцы
113. При дефекте сфинктера более 1/2 окружности используются:
- 1) длинные лоскуты малой ягодичной мышцы
 - 2) короткие лоскуты большой ягодичной мышцы
 - 3) длинный лоскут средней ягодичной мышцы
 - 4) длинные лоскуты большой ягодичной мышцы
 - 5) короткий лоскут средней ягодичной мышцы
114. Сфинктеролеваторопластику у больных выпадением прямой кишки выполняют:
- 1) как самостоятельное вмешательство для ликвидации выпадения кишки
 - 2) выполняют при недостаточности 2-3 степени
 - 3) выполняют при недостаточности 2-3 степени в качестве первого этапа лечения
 - 4) после ликвидации выпадения прямой кишки, если есть недостаточность 2-3 ст.
 - 5) только у больных не старше 40 лет

Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

115. Причиной неспецифического язвенного колита является
- А) психическая травма
 - Б) физическая травма
 - В) перенесённая кишечная инфекция
 - Г) микробное начало
 - Д) причина неизвестна
116. В классификацию неспецифического язвенного колита не включается фактор
- А) этиология .
 - Б) локализация процесса
 - В) тяжесть заболевания
 - Г) острота болезни
 - Д) длительность заболевания

Выберете правильный ответ по схеме

- А) Правильные ответы 1.2.3
- Б) Правильные ответы 1 и 3
- В) Правильные ответы 2 и 4
- Г) Правильный ответ 4
- Д) Правильный ответ 1 2 3 4 5

117. Характерными клиническими признаками неспецифического язвенного колита являются
- 1) понос
 - 2) кровь в стуле
 - 3) боли в животе
 - 4) тошнота и рвота
 - 5) головные боли
118. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать с

- 1) бактериальной дизентерией
- 2) амёбной дизентерией
- 3) болезнью Крона
- 4) опухолями толстой кишки
- 5) недифференцированными колитами

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

119. Для диагностики неспецифического язвенного колита наиболее информативным является

- А) копрология
- Б) посев кала на микрофлору
- В) колоноскопия
- Г) рентгенологическое исследование тонкой кишки
- Д) гастроскопия

120. Для оценки тяжести атаки неспецифического язвенного колита не учитывается критерий

- А) склонность к запорам
- Б) частота стула в сутки
- В) примесь крови в стуле
- Г) температура тела
- Д) изменение лабораторных показателей

В заданиях 121 — 123 выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

121. В консервативном лечении неспецифического язвенного колита применяют

- 1) сульфаниламидные препараты
- 2) стероидные гормоны
- 3) антибактериальные препараты
- 4) слабительные средства
- 5) промывания кишечника

122. Целесообразным хирургическим вмешательством при неспецифическом язвенном колите является

- 1) двустольная илеостомия
- 2) субтотальная резекция ободочной кишки с наложением илеостомы и сигмостомы
- 3) колпроктэктомия
- 4) колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки
- 5) резекция левых отделов ободочной кишки с брюшно-анальной резекцией прямой кишки

123. Показанием к экстренной операции у больных неспецифическим язвенным колитом служит:

- 1) неэффективность консервативной терапии
- 2) перфорация кишки
- 3) нарастающая общая слабость, потеря в весе

- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) ежедневные выделения крови с калом

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

124. Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является

- А) кишечное кровотечение
- Б) токсическая дилатация толстой кишки
- В) отсутствие эффекта от консервативной терапии
- Г) перфорация толстой кишки
- Д) учащение стула до 5-6 раз в сутки

125. Элементами предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита являются

- А) введение газоотводной трубки, гормональные препараты, антибиотики
- Б) очистительная клизма, антибиотики, наркотики
- В) очистительная клизма, гормональные препараты, наркотики
- Г) кишечный лаваж
- Д) 15% раствор сернокислой магнезии по 30 мл каждые 30 минут

126. Нежелательным элементом в процессе предоперационной подготовки при экстренном хирургическом вмешательстве по поводу неспецифического язвенного колита, осложнённого кровотечением, является

- А) локальная гипотермия
- Б) применение гемостатиков, препаратов крови
- В) применение противошоковых инфузионных сред
- Г) назначение антикоагулянтов
- Д) назначение стероидных препаратов

127. Основными видами реконструктивных и восстановительных операций, применяемых у больных неспецифическим язвенным колитом, являются

- А) закрытие двустольной илеостомы после операции отключения
- Б) колоректальный анастомоз после резекции ободочной кишки
- В) закрытие колостомы после операции отключения (колостомии)
- Г) илеоректальный анастомоз и различные варианты тонкокишечных резервуаров с низведением
- Д) илеотрансверзоанастомоз

128. Ведение послеоперационного периода у больных неспецифическим язвенным колитом предусматривает

- А) в случае лечения больного до операции стероидными гормонами отмену их сразу же после операции
- Б) постепенную отмену гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
- В) длительное продолжение гормональной терапии
- Г) увеличение дозы гормональных препаратов
- Д) снижение дозы гормонов в два раза через день после операции

129. Техника формирования илеостомы по Бруку не предусматривает:

- А) формирования инвагината из выведенного фрагмента подвздошной кишки

- Б) ушивания «окна» между брыжейкой подвздошной кишки и париетальной брюшиной правого латерального канала
В) подшивания серозной оболочки кишки к коже
Г) подшивания серозной оболочки кишки к париетальной брюшине
Д) подшивания париетальной брюшины к коже

130. Наименее функциональным среди формируемых тонкокишечных резервуаров является

- А) J-образный
Б) S-образный
В) 0-образный
Г) W-образный и
Д) Г — образный

131. Больные после радикальных операций по поводу неспецифического язвенного колита являются

- А) инвалидами I группы
Б) инвалидами II группы с запрещением работы
В) инвалидами II группы с правом работы в специально созданных условиях
Г) больные могут быть допущены ко всем видам труда
Д) пациенты должны выполнять работу без физических и психических нагрузок

132. Причиной развития болезни Крона является

- А) инфекционное начало
Б) эмоциональные стрессы
В) травма живота
Г) перенесённые операции
Д) причина неизвестна

133. Классификация болезни Крона не предусматривает:

- А) локализации поражения
Б) протяжённости поражения
В) тяжести течения болезни
Г) наличия осложнений
Д) степени сложности

134. Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона являются

- А) запоры, вздутие живота, повышение температуры
Б) понос, боли в суставах
В) постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температура
Г) боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
Д) наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов

135. Рентгенологическим симптомом, не характерным для болезни Крона, является

- А) наличие сужений и стриктур по ходу поражённых участков кишки
Б) множественные выпячивания стенки толстой кишки
В) наличие одинаковых очагов поражения, как в толстой, так и в тонкой кишке
Г) наличие спикул по контуру кишки
Д) наличие внутренних и наружных кишечных свищей

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1, 2 и 3;
Б) — если правильные ответы 1 и 3;

- В) - если правильные ответы 2 и 4;**
Г) — если правильный ответ 4;
Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

136. Болезнь Крона необходимо дифференцировать с заболеваниями:

- 1) рак толстой кишки
- 2) лимфома тонкой кишки
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) ишемический колит
- 5) осложненный дивертикулез толстой кишки

137. Для консервативного лечения болезни Крона применяются:

- 1) иммуннорегуляторы
- 2) сульфаниламиды
- 3) гормоны
- 4) опиаты
- 5) транквилизаторы

138. Показанием к плановому оперативному лечению болезни Крона является

- 1) кишечное кровотечение
- 2) прикрытая перфорация кишки
- 3) дилатация толстой кишки
- 4) отсутствие эффекта от консервативного лечения
- 5) стриктура кишки с явлениями непроходимости

139. Подготовка больного к операции по поводу стриктуры толстой кишки и перианальных осложнений при болезни Крона включает

- 1) применение очистительных клизм
- 2) проведение кишечного лаважа
- 3) пенообразующие микроклизмы
- 4) бесшлаковую диету, вазелиновое масло
- 5) внутрь касторовое масло и очистительные клизмы

140. При плановом оперативном лечении болезни Крона в качестве предоперационной подготовки применяется

- 1) гормональная терапия
- 2) коррекция белковых нарушений
- 3) энтеральное питание
- 4) санация гнойно-септических очагов
- 5) лечение сопутствующих заболеваний

141. При болезни Крона толстой кишки не применяется

- 1) сегментарная резекция толстой кишки
- 2) резекция илеоцекального отдела
- 3) гемиколэктомия
- 4) серозомиотомия
- 5) стриктуропластика

142. Наиболее рациональный объем срочной операции при стриктуре толстой кишки с нарушением кишечной проходимости на фоне болезни Крона

- 1) тотальное удаление толстой кишки

- 2) илеостомия в качестве операции отключения
- 3) резекция кишки с наложением анастомоза
- 4) резекция кишки с наложением раздельной стомы
- 5) стриктуропластика

143. К особенности применения гормональных препаратов после радикальных операций у пациентов с болезнью Крона относится

- 1) отмена гормональных препаратов сразу после операции
- 2) постепенная отмена гормональных препаратов в течение нескольких дней и недель
- 3) увеличение дозы гормонов
- 4) длительное применение гормональных препаратов
- 5) применение гормонов только в первые три дня после операции

144. Особенности перианальных поражений при болезни Крона является:

- 1) сочетание свищей и язв-трещин
- 2) склонность к рецидивированию
- 3) самопроизвольное заживление язв и свищей при ремиссии болезни Крона
- 4) внутреннее отверстие свища всегда располагается в анальной крипте
- 5) свищевой ход, как правило, является экстрасфинктерным

145. По характеру болезни синдрому раздражённой толстой кишки наиболее соответствует название

- 1) хронический колит
- 2) спастический колит
- 3) хронический энтероколит
- 4) кишечная диспепсия
- 5) колостаз

146. Этиопатогенетическим механизмом развития синдрома раздраженной кишки является:

- 1) инфекционный
- 2) паразитарный
- 3) психический стресс
- 4) нарушение моторики толстой кишки
- 5) аллергический

147. При синдроме раздраженной кишки имеют место

- 1) изменение иммунного статуса
- 2) изменения биоценоза толстой кишки
- 3) глубокие нарушения обмена веществ
- 4) нарушения секреции толстой кишки
- 5) глубокие психические отклонения

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

148. К наиболее характерным нарушениям стула при синдроме раздраженной кишки относятся

- А) постоянный жидкий стул
- Б) постоянные запоры
- В) постоянная примесь крови в кале
- Г) затрудненное опорожнение прямой кишки
- Д) неустойчивый стул, чередование запоров и поносов

149. При синдроме раздраженной кишки в кале возможна примесь

- А) алой крови
- Б) гноя
- В) слизи
- Г) прожилок крови
- Д) сукровицы

150. Наиболее типичный характер болей при синдроме раздражённой кишки

- А) боли постоянного характера
- Б) боли, возникающие после еды
- В) боли, стихающие после дефекации
- Г) боли при ходьбе и физической нагрузке
- Д) ночные боли

151. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется

- А) сбор анамнеза
- Б) рентгенологическое обследование
- В) колоноскопия
- Г) бактериологическое исследование кала
- Д) ангиография

В заданиях 152 и 153 выберите правильные ответы по схеме:

- А) — если правильные ответы 1, 2 и 3
- Б) — если правильные ответы 1 и 3
- В) — если правильные ответы 2 и 4
- Г) — если правильный ответ 4
- Д) — если правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

152. При синдроме раздражённой кишки колоноскопия (эндоскопическое исследование) выявляет

- 1) гиперемию и отёк слизистой оболочки
- 2) смазанность сосудистого рисунка
- 3) частые спазмы стенки кишки
- 4) резкую болезненность при осмотре
- 5) контактную кровоточивость слизистой оболочки

153. Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженной кишки от заболеваний органической природы (критерии Маннинга), являются в том, что:

- 1) боль в животе стихает после дефекации
- 2) стул сопровождается болью
- 3) отмечается вздутие живота
- 4) определяется слизь в кале, бывают ложные позывы с выделением слизи
- 5) бывает ощущение неполного опорожнения

Выберите один правильный и наиболее полный ответ:

154. Диетическое лечение синдрома раздражённой кишки должно включать

- А) механически и термически обработанные продукты
- Б) ограничение углеводов
- В) полное исключение мясных продуктов
- Г) пищу с повышенным содержанием клетчатки

Д) продукты с пониженным содержанием соли

155. Ишемический колит обусловлен

- А) сердечной недостаточностью
- Б) длительным применением пероральных контрацептивов
- В) нарушением кровообращения в нижней брыжеечной артерии
- Г) применением вазопрессоров
- Д) травмой передней брюшной стенки

В заданиях 152 и 153 выберите правильные ответы по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3**
- В) — если правильные ответы 2 и 4**
- Г) — если правильный ответ 4**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и**

156. Симптомами развития дилатации толстой кишки при неспецифическом язвенном колите являются:

- А) внезапное урежение стула на фоне диареи
- Б) вздутие живота
- В) боли в животе
- Г) учащение стула до 15-20 раз в сутки
- Д) увеличение примеси крови и слизи в кишечном содержимом

157. Ведущее значение в развитии дивертикулеза толстой кишки имеют:

- 1) дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки
- 2) врожденная слабость соединительной ткани
- 3) приобретенная слабость соединительной ткани
- 4) дискоординация моторики толстой кишки
- 5) сосудистые изменения в стенке толстой кишки

158. Анатомическими предпосылками к развитию дивертикулов в ободочной кишке являются:

- 1) формирование наружного мышечного слоя ободочной кишки в виде полос
- 2) наличие артерий и вен, перфорирующих мышечный каркас кишечной стенки
- 3) наличие гаустр, в которых может генерироваться повышенное внутрикишечное давление
- 4) астенический тип сложения
- 5) гиперстенический тип сложения

159. Морфология дивертикулярной болезни характеризуется:

- 1) разволокнением циркулярных мышц кишечной стенки
- 2) гиперэластозом продольного мышечного слоя
- 3) мешковидными выбуханиями слизистого и подслизистого слоев кишки, покрытых серозной оболочкой
- 4) отсутствием мышечной оболочки в стенке дивертикулов
- 5) мио- и нейропатией стенки кишки

160. К нетипичным осложнениям дивертикулярной болезни относится:

- 1) дивертикулит
- 2) паракишечный инфильтрат
- 3) паракишечный абсцесс
- 4) озлокачествление
- 5) кишечное кровотечение

161. Самым частым осложнением дивертикулеза толстой кишки является:

- 1) перфорация дивертикула в свободную брюшную полость
- 2) внутренние и наружные кишечные свищи
- 3) кишечное кровотечение
- 4) дивертикулит
- 5) стриктура кишки

162. Абсолютными показаниями к операции по поводу осложненного дивертикулеза толстой кишки являются:

- 1) перфорация дивертикула
- 2) массивное кровотечение
- 3) абсцедирование инфильтрата
- 4) кишечная непроходимость
- 5) невозможность исключить рак

163. Относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни:

- 1) периодические кишечные кровотечения
- 2) рецидивирующий дивертикулит
- 3) кишечные свищи
- 4) отсутствие эффекта от консервативной терапии при неосложненном дивертикулезе
- 5) паракишечный инфильтрат

164. О степени адаптации выведенной в виде илеостомы тонкой кишки объективно можно судить по таким признакам, как:

- 1) сроки приживания кишки
- 2) состояние слизистой оболочки кишки
- 3) объем кишечных выделений
- 4) отсутствию параилеостомического дерматита
- 5) появлении аппетита у больного

165. После операции с наложением илеостомы при гладком течении :

- 1) заживление кожно-слизистого шва происходит за 8-9 дней
- 2) заживление кожно-слизистого шва происходит за 14-15 дней
- 3) максимальный суточный объем выделений из илеостомы 800-900 мл
- 4) суточный объем выделений из илеостомы более 1 литра
- 5) стабилизация функции илеостомы наступает не раньше полугода

166. Самые частые осложнения в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде:

- 1) воспалительные
- 2) кишечная непроходимость
- 3) некроз илеостомы
- 4) параилеостомическая грыжа
- 5) выпадение илеостомы

167. К поздним осложнениям со стороны илеостомы относятся:

- 1) стеноз илеостомы
- 2) выпадение илеостомы
- 3) свищ илеостомы
- 4) параилеостомическая грыжа
- 5) перисхомальный дерматит

168. Абсцессы в области илеостомы в раннем послеоперационном периоде впоследствии могут быть причиной:

- 1) выпадения кишки через илеостому
- 2) свища илеостомы
- 3) ретракции илеостомы
- 4) стеноза илеостомы на уровне кожи
- 5) стеноза илеостомы на уровне апоневроза

169. Стеноз илеостомы на уровне апоневроза обычно является следствием:

- 1) параилеостомического абсцесса в раннем послеоперационном периоде
- 2) развития параилеостомической грыжи
- 3) свища илеостомы
- 4) недостаточного рассечения апоневроза при формировании стомы
- 5) перистомального дерматита

170. По прошествии 2-х месяцев после наложения концевой илеостомы (по Бруку) суточный объем выделений из кишки должен составлять:

- 1) 300мл
- 2) от 300 до 500 мл
- 3) от 500 до 600 мл
- 4) от 600 до 700 мл
- 5) не менее 1 литра

171. Через 2 месяца после операции с наложением двустольной илеостомы (по Торнболу) суточный объем выделений из кишки должен составлять:

- 1) 300мл
- 2) от 300 до 500 мл
- 3) от 500 до 600 мл
- 4) от 600 до 700 мл
- 5) не менее 1 литра

Неотложная колопроктология

Выберите один правильный ответ

172. Острым парапроктитом называется

- А) любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке
- Б) острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением инфекции из прямой кишки
- В) острое воспаление в области морганиевых крипт
- Г) острое воспаление слизистой прямой кишки
- Д) изъязвление слизистой в области морганиевых крипт

173. Острый парапроктит является

- А) крайне редким заболеванием
- Б) достаточно редким заболеванием

- В) самым частым заболеванием человека
- Г) самым частым проктологическим заболеванием
- Д) распространённым заболеванием, стоящим на четвёртом месте к после геморроя, анальных трещин и колитов

174. Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

- А) гематогенным путём
- Б) лимфогенным путём
- В) через кожу
- Г) из прямой кишки
- Д) из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

175. Известно, что главную роль в развитии парапроктита играют анальные железы. Большая часть их расположена

- А) внутри морганиевых крипт
- Б) в параректальной клетчатке
- В) в подслизистом слое дистальной части прямой кишки
- Г) в толще внутреннего сфинктера
- Д) в толще наружного сфинктера

176. Выводные протоки анальных желёз открываются,

- А) на дне морганиевых крипт
- Б) в межсфинктерном пространстве
- В) в параректальной клетчатке
- Г) на слизистой в области гребешка
- Д) в области анальных сосочков

177. Инфекция из просвета прямой кишки при остром парапроктите чаще всего попадает

- А) из крипты гематогенным путём
- Б) из крипты по межфасциальным промежуткам
- В) через повреждённую слизистую прямой кишки выше аноректальной линии
- Г) из крипты через протоки анальных желёз
- Д) через дефект слизистой анального канала

178. Возбудителем острого парапроктита чаще всего является

- А) туберкулёзная палочка .
- Б) стафилококк
- В) кишечная палочка
- Г) протей
- Д) смешанная микрофлора

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильны ответы 1,2,и 3;**
- Б) — если правильны ответы 1 и 3;**
- В) — если правильны ответы 2 и 4;**
- Г)' — если правильный ответ 4;**
- Д) — если правильные ответы 1,2,3, 4 и 5.**

179. Специфический парапроктит вызывается:

- 1) туберкулёзной палочкой

- 2) актиномицетами
- 3) бледной спирохетой
- 4) неспорообразующим анаэробом в ассоциации с кишечной палочкой и протеем
- 5) гемолитическим стрептококком

180. При первичном осмотре больного острым парапроктитом важнее всего определить

- 1) локализацию поражённой крипты
- 2) характер микробной флоры
- 3) расположение гнойного хода по отношению к сфинктеру
- 4) распространенность гнойного процесса
- 5) давность заболевания

181. К поверхностным формам острого парапроктита относят

- 1) ишиоректальные
- 2) пельвиоректальные
- 3) межмышечные
- 4) подкожные и подслизистые
- 5) ретроректальные

182. К глубоким формам острого парапроктита относят

- 1) пельвиоректальные
- 2) подкожные
- 3) ишиоректальные
- 4) подковообразные подкожные
- 5) подслизистые

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

183. Определение уровня сахара крови у больных острым парапроктитом следует проводить

- А) только у больных диабетом
- Б) у пациентов старше 50 лет
- В) у всех больных
- Г) при распространённом гнойном процессе
- Д) при анаэробном парапроктите

184. Самой частой формой острого парапроктита является

- А) подслизистый парапроктит
- Б) подкожный парапроктит
- В) ишиоректальный
- Г) пельвиоректальный
- Д) ретроректальный

185. Для диагностики острого подкожного парапроктита достаточно провести

- А) осмотр и пальпацию перианальной области
- Б) осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки
- В) осмотр и пальпацию перианальной области, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопию
- Г) осмотр и пальпацию перианальной области, аноскопию
- Д) пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию

186. Локализация гнойника при остром парапроктите устанавливается при пальцевом исследовании прямой кишки. Одним из основных ориентиров служит аноректальная линия. При подкожном парапроктите гнойник располагается

- А) выше аноректальной линии
- Б) на уровне аноректальной линии
- В) ниже аноректальной линии
- Г) зависит от величины абсцесса
- Д) зависит от расположения поражённой крипты

187. При остромишиоректальном парапроктите гнойник располагается по отношению к аноректальной линии

- А) ниже
- Б) на уровне
- В) выше
- Г) зависит от расположения поражённой крипты
- Д) зависит от конституции больного

188. В начале заболевания особенно трудна диагностика

- А) подкожного парапроктита
- Б) подслизистого парапроктита
- В) ишиоректального парапроктита
- Г) пельвиоректального парапроктита
- Д) межмышечного парапроктита

189. При остром подкожном парапроктите гнойный ход чаще располагается

- А) кнутри от сфинктера
- Б) трансфинктерно
- В) экстрасфинктерно
- Г) в глубокой порции наружного сфинктера
- Д) в подкожной порции наружного сфинктера

190. При остром ишиоректальном парапроктите гнойный ход чаще располагается по отношению к сфинктеру заднего прохода

- А) только трансфинктерно
- Б) только экстрасфинктерно
- В) всегда кнутри от сфинктера
- Г) трансфинктерно и экстрасфинктерно
- Д) чаще всего трансфинктерно

191. При ишиоректальном парапроктите пальцевое исследование прямой кишки позволяет определить

- А) только нижнюю границу гнойника
- Б) нижнюю и верхнюю границу
- В) верхнюю границу

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

192. Вовлечение в воспалительный процесс тазовой брюшины вероятнее всего

- 1) при мышечной парапроктите
- 2) при ишиоректальном парапроктите
- 3) при подслизистом парапроктите
- 4) при пельвиоректальном парапроктите
- 5) при всех видах парапроктита

193. При наличии клинических признаков воспаления и обнаружении инфильтрата в параректальном пространстве следует исключить

- 1) прорыв гноя из дугласова пространства
- 2) острое воспаление эпителиального копчикового хода
- 3) нагноившуюся кисту параректальной клетчатки
- 4) подкожный парапроктит
- 5) ишиоректальный парапроктит

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

194. Если у больного диагностирован острый подкожный парапроктит, целесообразнее всего

- А) госпитализировать его в тот же день для хирургического лечения
- Б) вскрыть гнойник в поликлинике
- В) назначить подготовку к ректороманоскопии и после осмотра госпитализировать для хирургического лечения
- Г) назначить ванночки, антибиотики, мазевые повязки и отпустить домой
- Д) амбулаторно провести обследование и направить в стационар в плановом порядке

195. При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый гнойный подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.5. Целесообразнее всего:

- А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать
- Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать
- В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке
- Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой
- Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния

196. После вскрытия гнойника при остром парапроктите без иссечения гнойного хода и поражённой крипты наименее вероятно

- А) формирование свища прямой кишки
- Б) рецидивирование парапроктита
- В) выздоровление
- Г) периодическое появление болей в промежности
- Д) послеоперационная недостаточность анального сфинктера

197. Наиболее вероятный исход радикальной операции при остром парапроктите

- А) формирование свища прямой кишки
- Б) рецидивирующий парапроктит
- В) выздоровление
- Г) недостаточность анального сфинктера
- Д) выздоровление в 50% наблюдений

198. Острый пельвиоректальный парапроктит лучше всего вскрыть

- А) через просвет прямой кишки, так как гнойник располагается рядом со стенкой кишки
- Б) полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку с соответствующей стороны и рассечением мышцы, поднимающей задний проход, в поперечном направлении
- В) полулунным разрезом с выходом на ишиоректальную ямку и расслоением мышцы, поднимающей задний проход, в продольном направлении
- Г) радиальным разрезом кожи
- Д) прямолинейным разрезом перпендикулярно линии между задним проходом и седалищным бугром

199. Катетеризация мочевого пузыря чаще бывает необходима при операции по поводу

- А) подкожного парапроктита
- Б) ишиоректального парапроктита
- В) подслизистого парапроктита
- Г) пельвиоректального парапроктита
- Д) межмышечного парапроктита

200. При наличии интрасфинктерного гнойного хода, при остром парапроктите, лучше всего:

- А) рассечь гнойный ход в просвет кишки без иссечения его
- Б) иссечь ход в просвет кишки
- В) провести лигатуру
- Г) иссечь гнойный ход и ушить рану
- Д) иссечь ход, сделать сфинктеротомию

201. При наличии трансфинктерного гнойного хода, при остром парапроктите, возможно:

- А) только проведение лигатуры
- Б) выполнение нерадикальной операции
- В) только иссечение в просвет кишки с ушиванием сфинктера
- Г) иссечение в просвет кишки, независимо от глубины расположения хода
- Д) в зависимости от расположения и глубины хода возможны различные варианты: от иссечения в просвет кишки до проведения лигатуры

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;
- В) — если правильные ответы 2 и 4;
- Г) — если правильный ответ 4;
- Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

202. Не следует отказываться от выполнения радикальной операции по поводу острого гнойного парапроктита, если:

- 1) обеспечена адекватная анестезия
- 2) выявлена поражённая кривая
- 3) достаточен опыт оперирующего
- 4) пациент страдает сахарным диабетом
- 5) выявлено расположение гнойного хода

203. Если во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита не выявлена поражённая кривая, лучше всего:

- 1) после вскрытия абсцесса иссечь две-три кривые, расположенные близко к гнойнику
- 2) вскрыть гнойник и рассечь глубокие задние кривые, так как чаще всего бывает задний парапроктит

- 3) вскрыть гнойник и выполнить заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) ограничиться вскрытием гнойника и дренированием
- 5) после вскрытия под контролем пальца провести зонд в ближайшую крипту

204. При остром гнойном переднем интрасфинктерном парапроктите у женщины лучше всего выполнить:

- 1) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты
- 2) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и заднюю дозированную сфинктеротомию
- 3) только вскрытие абсцесса
- 4) вскрытие абсцесса, иссечение поражённой крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки
- 5) вскрытие абсцесса и заднюю дозированную сфинктеротомию

205. Во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита с поражением задней крипты выявлено, что гнойный ход идет через подкожную порцию наружного сфинктера. В этом случае целесообразнее:

- 1) ограничиться вскрытием и дренированием гнойника
- 2) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту, провести лигатуру
- 3) вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- 4) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет прямой кишки
- 5) вскрыть гнойник и иссечь поражённую крипту

206. После операций по поводу острого гнойного парапроктита в назначении антибиотиков нуждаются:

- 1) все больные
- 2) только оперированные радикально
- 3) только оперированные нерадикально
- 4) все больные с распространённым гнойным процессом, лихорадкой, интоксикацией, независимо от вида операции
- 5) только при гнилостной инфекции

207. К осложнённым формам острого гнойного парапроктита относятся:

- 1) самопроизвольно вскрывшийся на кожу промежности
- 2) самопроизвольно вскрывшийся в просвет прямой кишки
- 3) подковообразный
- 4) инфильтративный
- 5) ишиоректальный с вовлечением в процесс межсфинктерного пространства

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

208. У женщины во время операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита с поражением передней крипты выявлено, что гнойный ход идёт через подкожную порцию наружного сфинктера. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник и иссечь поражённую переднюю крипту
- Б) вскрыть гнойник, иссечь поражённую крипту и гнойный ход в просвет кишки
- В) вскрыть гнойник, иссечь крипту, провести лигатуру
- Г) вскрыть гнойник и сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- Д) ограничиться вскрытием и дренированием гнойника

209. У больной произошло самопроизвольное вскрытие в просвет прямой кишки гнойника, расположенного в пельвиоректальном пространстве. Гной выделяется из заднего прохода, температура тела 38С. Целесообразнее всего:

- А) попытаться ввести дренаж через просвет кишки
- Б) срочно вскрыть и дренировать пельвиоректальный гнойник со стороны промежности
- В) ежедневно выполнять клизмы для очищения кишки
- Г) назначить антибиотики, оперировать только при ухудшении состояния
- Д) наложить сигмостому

Выбрать правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;**
- Б) — если правильные ответы 1 и 3;**
- В) — если правильные ответы 2 и 4;**
- Г) — если.правильный ответ 4;**
- Д) - если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.**

210. Для специфических гнойных парапроктитов характерно то, что они:

- 1) являются редкими формами заболевания
- 2) имеют торпидное течение
- 3) чаще протекают в виде инфильтративного поражения
- 4) довольно легко диагностируются
- 6) легко излечиваются

211. Газовую гангрену вызывают только:

- 1) фузобактерии
- 2) кишечная палочка и протей
- 3) бактероиды
- 4) клостридии
- 5) ассоциация аэробов с бактероидами

212. Возбудителями неклостридиального анаэробного парапроктита являются:

- 1) только бактероиды
- 2) клостридии
- 3) ассоциация аэробов с бактероидами
- 4) бактероиды, фузобактерии, пептококки и другие анаэробы
- 5) эшерихии и протейная палочка

213. Анаэробы (палочка газовой гангрены, бактероиды и др.):

- 1) попадают в желудочно-кишечный тракт с водой
- 2) появляются в кишке и параректальной клетчатке только после повреждения извне
- 3) появляются только при снижении иммунитета
- 4) являются обитателями толстой кишки в норме
- 5) попадают в параректальную клетчатку через кожу

214. При клостридиальном парапроктите не бывает:

- 1) сильной боли
- 2) отёка тканей и распада мышц
- 3) газообразования (крепитация)
- 4) большого количества гноя
- 5) классических признаков воспаления

215. Возбудители неклостридиальной инфекции могут вызвать:

- 1) целлюлит
- 2) миозит
- 3) фасциит
- 4) только целлюлит
- 5) только миозит

216. При гнилостном парапроктите:

- 1) гной может содержать пузырьки газа
- 2) газ может обнаруживаться в клетчатке
- 3) гнилостный процесс распространяется только по клетчатке
- 4) в процесс всегда вовлекаются фасции и мышцы
- 5) гноя и газа не бывает

217. При подозрении на наличие клостридиального парапроктита в первую очередь следует:

- 1) получить лабораторное подтверждение клостридиальной инфекции
- 2) начать интенсивную инфузионную терапию
- 3) поместить больного в барокамеру до операции
- 4) выполнить экстренную операцию
- 5) получить пунктат из тканей для определения чувствительности к антибиотикам

218. Следует закрыть операционную на период санитарной обработки после проведения там операции по поводу:

- 1) клостридиального парапроктита
- 2) неклостридиального анаэробного парапроктита
- 3) гнилостного парапроктита
- 4) гнойного процесса, вызванного синегнойной палочкой
- 5) обычного парапроктита

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

219. На операции по поводу острого гнойного ишиоректального парапроктита у женщины после прокрашивания гнойного хода выявлена поражённая кривая на 10 часов по циферблату с рубцовым втяжением. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривую, провести лигатуру
- Б) вскрыть гнойник, сделать заднюю дозированную сфинктеротомию
- В) вскрыть гнойник, радикально оперировать после стихания воспалительного процесса и формирования свища
- Г) вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривую и гнойный ход в просвет кишки
- Д) вскрыть гнойник, иссечь поражённую кривую и рубцы

220. На операции у 36-летней пациентки обнаружен ретрорекальный парапроктит, рубцовые изменения в задней кривой, через которую прошёл краситель, введённый в полость гнойника. Гнойный ход располагается снаружи от сфинктера, по ходу его есть рубцы. Целесообразнее всего:

- А) вскрыть гнойник полукруглыми разрезами справа и слева и ввести дренажные трубки
- Б) вскрыть гнойник с пересечением анаокочичковой связки, иссечь поражённую кривую и рубцы вокруг гнойного хода
- В) только вскрыть гнойник с пересечением анаокочичковой связки
- Г) вскрыть гнойник и выполнить заднюю сфинктеротомию

Д) вскрыть гнойник с пересечением анокопчиковой связки, иссечь поражённую крипту и по возможности рубцы, провести лигатуру

Выберите правильный ответ по схеме:

А) — если правильные ответы 1,2 и 3;

Б) — если правильные ответы 1 и 3;

В) — если правильные ответы 2 и 4; -

Г) — если правильный ответ 4;

Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

221. При клостридиальном парапроктите:

- 1) больной беспокоен
- 2) температура тела часто нормальная
- 3) быстро нарастает тахикардия, падает артериальное давление
- 4) всегда высокая температура тела
- 5) в области промежности кожа резко гиперемирована

222. Пузырьки газа при клостридиальном парапроктите находятся:

- 1) только в клетчатке
- 2) только в раневом содержимом
- 3) в раневом содержимом и прилегающей клетчатке
- 4) в мышцах, по ходу фасций, в клетчатке
- 5) только в мышцах

223. Для подтверждения диагноза клостридиального гнойного парапроктита самым быстрым является:

- 1) посев из раны
- 2) визуальная оценка раневого отделяемого
- 3) визуальная оценка изменений в мышцах и клетчатке
- 4) бактериоскопическое исследование мазка, взятого из раны и окрашенного метиленовым синим
- 5) наличие пузырьков газа в тканях

224. Хирургическое вмешательство при остром анаэробном парапроктите не следует проводить с применением:

- 1) масочного наркоза
- 2) внутривенного наркоза
- 3) эндотрахеального наркоза
- 4) местной инфильтрационной анестезии
- 5) перидуральной анестезии

225. При операции по поводу острого анаэробного парапроктита выявление и иссечение поражённой крипты и хода:

- 1) всегда обязательно
- 2) показано при ограниченном процессе
- 3) показано при относительно удовлетворительном состоянии больного
- 4) нецелесообразно
- 5) противопоказано только при тяжелом состоянии пациента

226. При гнилостных и анаэробных парапроктитах:

- 1) достаточно сделать широкие разрезы тканей
- 2) необходимо рассечь и иссечь нежизнеспособные ткани

- 3) достаточно сделать широкие разрезы и промыть раствором перекиси водорода
- 4) раны дренировать и наладить орошение их растворами перекиси водорода, антисептиков, антибиотиков
- 5) достаточно сделать широкие разрезы и назначить антибиотики

227. Включение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации показано:

- 1) при клостридиальном парапроктите
- 2) при неклостридиальном анаэробном парапроктите
- 3) при гнилостном парапроктите
- 4) только при клостридиальном парапроктите
- 5) при пельвиоректальных парапроктитах

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

228. Лечение в барокамере может заменить хирургическое вмешательство:

- А) при гнилостном парапроктите
- Б) при неклостридиальном анаэробном парапроктите
- В) при клостридиальном ограниченном парапроктите
- Г) при локализованном гнойном процессе
- Д) не может заменить операции ни при одном из видов инфекции

229. Карантин в отделении колопроктологии:

- А) устанавливается, если поступил больной с гнилостным пара-проктитом
- Б) при неклостридиальной анаэробной инфекции
- В) при поступлении больного с гангреной Фурнье
- Г) при поступлении больного с клостридиальным процессом
- Д) не объявляется ни при каком виде парапроктита

230. При остром геморрое первичным является:

- А) тромбоз
- Б) воспаление
- В) только при кровоточащем геморрое — тромбоз
- Г) при геморрое с выпадением узлов первичным является воспаление
- Д) единого мнения не существует

231. Синонимом острого геморроя правильнее всего можно назвать:

- А) сфинктерит
- Б) анусит
- В) воспаление геморроидальных узлов
- Г) острый тромбоз геморроидальных узлов
- Д) тромбофлебит геморроидальных узлов

232. При остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов тромбообразование раньше всего начинается:

- А) в морганиевых криптах
- Б) в кавернозных тельцах
- В) в венах подслизистого слоя
- Г) в сосудах слизистой оболочки прямой кишки
- Д) чёткой закономерности нет

233. Присоединение инфекции при остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов всегда приводит к:

- А) развитию парапроктита

- Б) образованию свищей прямой кишки
- В) к восходящему тромбозу сосудов прямой кишки
- Г) улучшению микроциркуляции в слизистой оболочке дистальной части прямой кишки за счёт усиления притока крови к очагам воспаления
- Д) нарушению микроциркуляции в слизистой прямой кишки

234. Объективным признаком присоединения воспаления при остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов является:

- А) усиление болей в области заднего прохода
- Б) повышение температуры тела
- В) появление перианального отёка, отсутствие дифференцировки узлов
- Г) затруднённое мочеиспускание
- Д) затруднённый акт дефекации

235. В амбулаторных условиях при тромбозе наружных геморроидальных узлов с наличием перианального отёка и некроза слизистой узла целесообразнее всего:

- А) после наружного осмотра и пальцевого исследования прямой кишки осмотреть внутренние узлы с помощью ректального зеркала
- Б) после пальцевого исследования прямой кишки сделать ректоскопию
- В) для ликвидации спазма сфинктера сделать дивульсию жома
- Г) после наружного осмотра сделать пальцевое исследование прямой кишки
- Д) ограничиться наружным осмотром области заднего прохода

236. При остром тромбозе наружных и внутренних геморроидальных узлов с перианальным отёком срочная операция:

- А) показана во всех случаях
- Б) всегда противопоказана
- В) показана при сильных болях
- Г) показана у молодых пациентов, если тромбоз не в первый раз
- Д) показана только при осложнениях (парапроктит, кровотечение)

237. Срочная операция при остром тромбозе геморроидальных узлов оправдана

- А) при наличии некроза слизистой
- Б) при наличии перианального отёка, чтобы уменьшить боль
- В) при тромбозе наружного узла
- Г) при нарастании перианального отёка
- Д) желанием больного

238. При остром тромбозе геморроидальных узлов с перианальным отёком нужно отсрочить операцию из-за:

- А) опасности тромбоземболии
- Б) выраженных болей в области заднего прохода
- В) отсутствия дифференцировки узлов, опасности кровотечения и развития воспалительных осложнений
- Г) невозможности ушить раны наглухо
- Д) возможности повредить наружный сфинктер заднего прохода

239. Больной лечится по поводу острого тромбоза наружных и внутренних геморроидальных узлов амбулаторно. Лучше всего:

- А) назначить приём солевых слабительных
- Б) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
- В) лигировать узлы латексными кольцами

- Г) назначить анальгетики, на первые два-три дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, троксевазином и пр., диету
Д) применить склерозирующую терапию

240 Операцию по поводу тромбоза наружного геморроидального узла правильнее всего назвать:

- А) геморроидэктомия
Б) экономная геморроидэктомия
В) тромбэктомия
Г) иссечение геморроидальной бахромки
Д) частичная геморроидэктомия

241 Радикальную операцию по поводу хронического геморроя, осложнившегося острым тромбозом геморроидальных узлов и периаанальным отёком, можно выполнить

- А) только через 1 месяц после тромбоза
Б) только через 2.месяца после тромбоза
В) только через год после тромбоза
Г) после ликвидации периаанального отёка
Д) после рассасывания всех тромбов

242. Обязательным признаком эпителиального копчикового хода является:

- А) наличие свищей крестцово-копчиковой области
Б) рецидивирующее воспаление в области крестца
В) обильный волосяной покров у пациента
Г) болезненность при пальпации копчика
Д) наличие первичных отверстий копчикового хода в межъягодичной складке .

243. При остром нагноении эпителиального копчикового хода абсцесс располагается, как правило:

- А) в пресакральном пространстве
Б) в ишиоректальном клетчаточном пространстве
В) воспаление локализуется всегда только в самом ходе
Г) под кожей крестцово-копчиковой области
Д) в периаанальной области

244. Одним из наиболее частых осложнений эпителиального копчикового хода является:

- А) развитие кокцигодинии
Б) озлокачествление хода
В) воспаление в самом ходе и окружающей клетчатке
Г) остеомиелит копчика
Д) свищи прямой кишки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) - если правильные ответы 1,2 и 3;
Б) - если правильные ответы 1 и 3;
В) - если правильные ответы 2 и 4;
Г) — если правильный ответ 4;
Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

245. При остром нагноении эпителиального копчикового хода:

- 1) появляются боли в крестцово-копчиковой области
2) повышается температура тела

- 3) в области межягодичной складки появляется болезненный инфильтрат
- 4) из первичных отверстий копчикового хода могут быть гнойные выделения
- 5) общее состояние больного в первые дни болезни страдает незначительно

Выберите один правильный и наиболее полный ответ

246. Обязательными методами исследования при остром нагноении эпителиального копчикового хода являются

- 1) рентгенография крестца и копчика
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) абсцессография
- 4) ректороманоскопия
- 5) введение метиленового синего в первичные отверстия хода

247. При выполнении радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода при наличии гнойника целесообразнее всего:

- А) не ушивать рану
- Б) ушить рану наглухо швами по Донати
- В) послойно ушить рану наглухо
- Г) проточное промывание через перфорированный дренаж при глухом шве кожи
- Д) подшить края раны ко дну

248. Если радикальная операция по поводу острого нагноения эпителиального копчикового хода выполняется вторым этапом после ликвидации гнойного процесса, то вмешательство целесообразнее завершить:

- А) послойным ушиванием раны наглухо
- Б) подшиванием краев раны ко дну
- В) ушиванием раны по Донати
- Г) ушиванием раны с оставлением перфорированного дренажа для проточного промывания

249. После иссечения эпителиального копчикового хода рана ушита наглухо швами Донати. На 4 день появилась умеренная инфильтрация краёв раны, лихорадка. Целесообразнее всего:

- А) ревизовать рану, не снимая швов
- Б) швы не снимать, назначить антибиотики, физиотерапию
- В) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы
- Г) сразу снять все швы

250. После операции с подшиванием краёв раны ко дну по поводу эпителиального копчикового хода замедлить заживление раны можно:

- 1) учитывая фазу раневого процесса
- 2) применяя физиотерапию
- В) ежедневным выскабливанием дна раны острой ложкой
- Г) используя водные процедуры
- Д) не допуская инфицирования раны

251. После радикальной операции по поводу острого воспаления эпителиального копчикового хода с подшиванием краёв раны ко дну прошло 6 дней. Рана с серым налётом, края инфильтрированы. По вечерам у больного субфебрильная температура. Целесообразно:

- А) считать, что это обычное течение раневого процесса, ничего не предпринимать
- Б) не снимая швов, применить ферменты
- В) не снимая швов, назначить антибиотики внутримышечно

- Г) снять все швы, делать повязки с гипертоническим раствором
- Д) снять швы, применить ферменты, мази на водорастворимой основе, тёплые ванны, в последующие дни физиотерапию

252 Острая анальная трещина — это:

- А) воспаление параректальной клетчатки
- Б) дефект слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки
- В) криптит
- Г) пектеноз
- Д) дефект анодермы

253. Острая анальная трещина чаще всего локализуется:

- А) на задней стенке анального канала
- Б) на передней стенке анального канала ,
- В) на 3-х часах по циферблату
- Г) на 9 часах по циферблату
- Д) одинаково часто на задней и передней стенках

254. В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит:

- А) ректальным кровотечениям
- Б) затруднённому венозному оттоку
- В) спазму внутреннего сфинктера
- Г) спазму наружного сфинктера
- Д) анальному зуду и мацерации

255. Для острой анальной трещины нехарактерно:

- А) боли в заднем проходе
- Б) спазма сфинктера
- В) скудных выделений крови
- Г) выделений гноя
- Д) появление "стулобоязни"

256. Для острой анальной трещины более характерны боли:

- А) постоянные
- Б) после дефекации
- В) во время дефекации
- Г) до дефекации
- Д) ночные

257. Если у больного, страдающего запорами, появились сильные боли во время дефекации, скудные выделения алой крови логичнее предположить наличие:

- А) геморроя
- Б) свища прямой кишки
- В) рака прямой кишки
- Г) острой анальной трещины
- Д) кокцигодинии

258. Для того, чтобы увидеть острую анальную трещину достаточно:

- А) пальцевого исследования
- Б) наружного осмотра с разведением перианальных складок
- В) осмотра с помощью аноскопа
- Г) осмотра с помощью ректального зеркала

Д) осмотра с помощью ректоскопа

259. При наличии острой анальной трещины ректороманоскопию следует

- А) обязательно выполнить уже при первичном осмотре
- Б) отсрочить до купирования болей и эпителизации дефекта
- В) ректороманоскопия не показана вообще
- Г) выполнить после дивульсии заднего прохода
- Д) обязательно выполнить с применением обезболивания

260. Показанием для безотлагательного обследования всей толстой кишки при наличии острой анальной трещины служит:

- А) острое начало заболевания
- Б) дискомфорт и чувство неполного опорожнения прямой кишки
- В) жалобы на периодический метеоризм
- Г) пожилой возраст больного
- Д) выделения крови и слизи из заднего прохода

261. Чаще всего глубокая анальная трещина заставляет исключать:

- А) дивертикулёз толстой кишки
- Б) неспецифический язвенный колит
- В) болезнь Крона
- Г) полипоз толстой кишки
- Д) внутреннее выпадение прямой кишки

262. Консервативная терапия острой анальной трещины:

- А) даёт положительный эффект у большинства пациентов
- Б) даёт эффект, если трещина появилась у женщины после родов
- В) не даёт эффекта никогда
- Г) эффективна только на 2-3 недели
- Д) помогает очень редко

263. Хирургическое лечение острой анальной трещины показано:

- А) сразу после установления диагноза
- Б) через две недели курса консервативной терапии
- В) через два месяца после начала заболевания
- Г) только в случае выраженного спазма сфинктера
- Д) при безуспешной консервативной терапии, когда появляется уплотнение краёв, "сторожевой бугорок"

264. Для консервативного лечения острой анальной трещины нецелесообразно применять:

- А) ежедневные очистительные клизмы в течение 7-10 дней
- Б) свечи со спазмолитиками
- В) инъекции гидрокортизона "под трещину"
- Г) лекарственные средства, способствующие заживлению ран
- Д) лечебные микроклизмы

265. Если консервативное лечение острой анальной трещины не ликвидировало боли, спазм сфинктера, появились признаки перехода острой трещины в хроническую, операцией выбора следует считать:

- А) иссечение трещины, задняя дозированная сфинктеротомия
- Б) иссечение трещины
- В) иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия

- Г) иссечение трещины, боковая закрытая сфинктеротомия только при передней трещине, при задней трещине всегда задняя сфинктеротомия
Д) иссечение трещины, ушивание раны

266. Повреждение стенки прямой кишки в родах:

- А) возникает при разрыве промежности I степени
Б) возникает при разрыве промежности II степени
В) возникает при разрыве промежности III степени
Г) неизбежно при эпизиотомии
Д) возникает во время перинеотомии

267. В первые часы после травмы прямой кишки обычно не наблюдается:

- А) болей
Б) кровотечения
В) выделения кала из раны
Г) парапроктита
Д) тенезмов

268. Ранение внутрибрюшной части прямой кишки чаще всего осложняется;

- А) парапроктитом
Б) перитонитом
В) развитием стриктуры
Г) недостаточностью анального сфинктера
Д) кровотечением из параректальной клетчатки

Выберите правильный ответ по схеме:

- А) — если правильные ответы 1,2 и 3;
Б) — если правильные ответы 1 и 3;
В) — если правильные ответы 2 и 4;
Г) — если правильный ответ 4;
Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

269. При проникающем повреждении внебрюшной части прямой кишки выше уровня мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani):

- 1) может развиваться флегмона таза
2) может образоваться свищ прямой кишки высокого уровня
3) есть опасность развития перитонита
4) возможно интенсивное кровотечение из параректальной клетчатки
5) возможно развитие стриктуры кишки

270. При повреждении стенки прямой кишки ниже уровня мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani) наиболее вероятное осложнение

- 1) перитонит
2) недостаточность анального сфинктера
3) флегмона таза
4) травматический парапроктит
5) кокцигодиния

271. Во время выполнения медицинского аборта произошла перфорация матки и повреждение прямой кишки. Выполнена экстренная лапаротомия, при ревизии обнаружено повреждение внутрибрюшного отдела прямой кишки, рана с неровными краями занимает более

половины окружности кишки, в брыжейке кровоизлияния. В этой ситуации целесообразнее всего:

- 1) иссечь неровные края раны, ушить стенку кишки, дренировать брюшную полость
- 2) выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз
- 3) выполнить резекцию повреждённого участка, наложить анастомоз, сформировать для его защиты проксимальную колостому
- 4) ушить стенку кишки в поперечном направлении и наложить сигмостому
- 5) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана

272 Показанием для операции, наложения колостомы при травматическом повреждении прямой кишки является:

- 1) ранение внутрибрюшного отдела прямой кишки
- 2) ранение внебрюшной части кишки выше уровня леватора заднего прохода
- 3) повреждение наружного сфинктера на протяжении более 1 см
- 4) сочетанное повреждение прямой кишки, костей таза и мочевыводящих путей
- 5) любое проникающее ранение прямой кишки в сочетании с обширным повреждением промежности

273 Для отключения повреждённой прямой кишки при травме лучше всего

- 1) сформировать илеостому — можно ожидать меньше осложнений при её ликвидации
- 2) наложить цекостому
- 3) наложить трансверзостому
- 4) сформировать сигмостому
- 5) уровень наложения стомы не имеет значения

274 При травме прямой кишки предпочтительна операция:

- 1) пристеночная колостома
- 2) двуствольная "столбиком" с пересечением задней стенки
- 3) одноствольная с ушиванием отводящего колена
- 4) двуствольная плоская
- 5) вид стомы не имеет значения

275 Повреждена внебрюшная часть прямой кишки выше m. Levator ani, не исключена вероятность повреждения и внутрибрюшного отдела кишки. Необходима ревизия органов брюшной полости и наложение колостомы. Лучше всего:

- 1) косым переменным разрезом слева войти в брюшную полость, после ревизии в разрез вывести сигмовидную кишку, сформировать сигмостому
- 2) выполнить нижнюю срединную лапаротомию, после ревизии вывести сигмовидную кишку в виде стомы в нижний угол раны
- 3) доступ не имеет значения
- 4) выполнить срединную лапаротомию, после ревизии и установления объёма вмешательства вывести петлю сигмовидной кишки для формирования колостомы в отдельный разрез, срединную рану ушить наглухо
- 5) применить для ревизии и наложения колостомы лапароскопическую технику

276 При травме заднего прохода глубокая порция наружного сфинктера:

- 1) повреждается всегда
- 2) никогда не повреждается

- 3) повреждается только при нанесении повреждения со стороны параректального клетчаточного пространства
- 4) повреждается при полном разрыве промежности
- 5) повреждается только при травме по задней полуокружности

277 В больницу доставлен пострадавший в автомобильной катастрофе. Жалуется на боли внизу живота, на выделение крови из заднего прохода. С целью установления диагноза ему немедленно следует предпринять:

- 1) осмотр промежности
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) рентгенографию костей таза
- 4) обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости
- 5) при необходимости эндоскопическое исследование кишки

Выбрать один правильный и наиболее полный ответ

278. Рентгенологическое исследование костей таза следует обязательно произвести при:

- А) малейших признаках повреждения прямой кишки
- Б) разрыве промежности в родах
- В) повреждении анального канала
- Г) обширном повреждении промежности
- Д) наличии сукровичных выделений после удаления из прямой кишки инородного тела

279. У больного после очистительной клизмы возникли боли в прямой кишке, появились выделения большого количества крови из заднего прохода. Заподозрено повреждение кишечной стенки на высоте 5-6 см. Для определения глубины повреждения стенки прямой кишки следует выполнить

- А) пальцевое исследование
- Б) только ректороманоскопию
- В) обзорную рентгенографию брюшной полости
- Г) пальцевое исследование и проктографию с контрастной клизмой
- Д) пальцевое исследование, ректоскопию, в зависимости от ситуации дополнительно применить другие методы

280. Во время родов произошёл разрыв промежности. Для установления степени повреждения и состояния стенки прямой кишки необходимо в срочном порядке провести

- А) осмотр промежности и пальцевое исследование прямой кишки
- Б) осмотр промежности, влагалищное исследование
- В) влагалищное исследование, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию
- Г) осмотр промежности, пальцевое и инструментальное исследование влагалища, шейки матки, пальцевое исследование прямой кишки
- Д) осмотр промежности с оценкой глубины раны, пальцевое исследование влагалища и прямой кишки, ректороманоскопию, сфинктерометрию

281. При свежей травме анального канала с повреждением наружного сфинктера нужно в срочном порядке выполнить

- А) наложить колостому для отключения прямой кишки
- Б) провести первичную хирургическую обработку раны с ушиванием сфинктера, при повреждении сфинктера более чем на 1/3 окружности наложить колостому

- В) провести первичную хирургическую обработку раны, послойно ушить наглухо внутренний сфинктер, наружный сфинктер, клетчатку
- Г) провести первичную хирургическую обработку раны без её ушивания
- Д) ушить рану, назначить антибиотики

282. После получения травмы анального канала прошло около 2 суток. Имеется повреждение наружного жома по левой боковой стенке (от 1 до 5 часов по циферблату). Края раны отёчны, обрывки мышц тёмные, рана с серым налётом. Больному необходимо

- А) произвести хирургическую обработку раны, ушить сфинктер
- Б) промыть рану, иссечь нежизнеспособные ткани, наложить колостому
- В) провести хирургическую обработку раны без ушивания, предупредить пострадавшего о возможном наложении колостомы при прогрессировании воспалительного процесса
- Г) после хирургической обработки раны без её ушивания назначить средства для задержки стула, бесшлаковую диету, антибиотики, предупредить о возможном наложении колостомы в последующем
- Д) промыть рану, назначить антибиотики

283. В результате обследования установлено, что рана прямой кишки располагается ниже тазовой брюшины, но выше мышц поднимающих задний проход (m. levator ani), слизистая повреждена на участке 3х4 см, на дне раны видна мышечная ткань. В этом случае целесообразнее всего:

- А) избегать введения в кишку каких-либо антисептиков, назначить пристальное динамическое наблюдение за больным
- Б) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с антисептиками, установить наблюдение, При распространении воспаления на параректальную клетчатку дренировать её, установить проточное орошение
- В) задержать стул на 5-6 дней, назначить микроклизмы с анти септиками, при появлении воспаления в параректальной клетчатке 'наложить колостому, дренировать параректальную клетчатку
- Г) сразу наложить колостому Д) сразу наложить илеостому

284. Произошло внебрюшинное повреждение всех слоев стенки прямой кишки выше мышц поднимающих задний проход (леваторов). Со времени травмы прошло 2 часа. Рана прямой кишки более 2 см в диаметре, но поступления кишечного содержимого нет. Раначистая, края не инфильтрированы. Целесообразнее всего

- А) со стороны промежности произвести хирургическую обработку 'раны и послойно ушить двумя рядами швов стенку кишки, параректальную клетчатку, кожу. Медикаментозными средствами задержать стул на 5-6 дней
- Б) произвести хирургическую обработку раны, ушить стенку киш-; ки, дренировать параректальную клетчатку, задержать стул
- В) без хирургической обработки раны наложить сигмостому
- Г) после хирургической обработки раны без ушивания стенки кишки наложить сигмостому
- Д) после хирургической обработки раны без ушивания ее нало-жить илеостому

285. В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному в срочном порядке необходимо произвести

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны — санацию и промывание брюшной-полости, дре-нирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой киш-ки, сигмостомию

- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману
- Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой

286. Во время удаления матки по поводу миомы произошло повреждение стенки прямой кишки в верхнеампулярном отделе, рана около 3 см в диаметре, края её ровные. Нужно выполнить:

- А) выполнить резекцию кишки по типу операции Гартмана
- Б) наложить два ряда швов на стенку кишки, дренировать полость таза через переднюю брюшную стенку
- В) наложить швы на стенку кишки, сформировать колостому
- Г) сделать резекцию прямой кишки с формированием анастомоза
- Д) сделать сегментарную резекцию прямой кишки

287. Молодой женщине во время медицинского аборта перфорировали матку. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках. В такой ситуации необходимо выполнить

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки

288. Больному необходима экстренная лапаротомия по поводу внутрибрюшного разрыва прямой кишки. В этой ситуации подготовка кишечника должна включать

- А) обязательную постановку очистительных клизм
- Б) солевое слабительное
- В) лаваж
- Г) клизмы и промывания противопоказаны
- Д) касторовое масло внутрь

289. При повреждении внебрюшной части прямой кишки с наличием обширной промежностной раны назначение антибактериальной терапии обязательно

- А) в любом случае
- Б) если с момента травмы прошло более 6 часов
- В) если много некротизированных тканей
- Г) если есть загрязнение раны кишечным содержимым
- Д) если не наложена колостома выше места повреждения

290. Для избежания инфицирования раны промежности при травме и повреждении прямой кишки наиболее эффективно

- А) назначение средств, задерживающих стул — имодиум, норсульфазол, левомецетин
- Б) применение настойки опия
- В) назначение кодеина
- Г) наложение колостомы

Д) наложение илеостомы

291. Во время операции «надвлагалищной ампутации матки» по поводу перфорации матки произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Выполнено ушивание стенок мочевого пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки. В нижних отделах брюшной полости: выпот, наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, проведение через задний проход выше анастомоза декомпрессионной трубки, дренирование брюшной полости, налаживание фракционного орошения, массивная антибактериальная терапия во время и после операции

Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения

В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого таза, тщательная санация брюшной полости

Г) наложение колостомы и эпицистостомы .

Д) наложение илеостомы

292. Самое частое осложнение внебрюшинного ранения прямой кишки

А) недостаточность анального сфинктера

Б) перитонит

В) нагноение параректальной клетчатки

Г) кровотечение из вен крестцового сплетения

Д) стриктура прямой кишки

293. Произведена хирургическая обработка раны нижеампулярного отдела прямой кишки, анального канала и промежности. На стенку прямой кишки и волокна сфинктера заднего прохода наложены узловатые кетгутовые швы. Рана нагноилась, отмечается недержание газов и кала. В этом случае целесообразнее всего

А) срочно наложить колостому

Б) ежедневно ставить высокие очистительные клизмы, дать препараты, задерживающие стул, колостому не накладывать ни в коем случае

В) в течение нескольких дней ставить высокие клизмы, задержать стул, при положительной динамике (очищение раны, тенденция к заживлению) наложить колостому для сохранения функции сфинктера

Г) при отсутствии положительной динамики от высоких клизм и задержки стула наложить колостому • Д) наложить илеостому

294. Для профилактики воспалительных осложнений при травме прямой и толстой кишки назначение антибиотиков

А) обязательно

Б) необязательно

В) целесообразно лишь при сильном загрязнении раны

Г) целесообразно при обработке раны в поздние сроки после травмы

Д) необходимо только при сочетанных повреждениях

295. При выделении большого количества крови из заднего прохода, появившемся у больного внезапно, лучше всего руководствоваться принципом:

А) толстокишечное кровотечение менее опасно, чем гастродуоденальное

Б) толстокишечные кровотечения никогда не бывают опасны для жизни

- В) источником толстокишечного кровотечения, как правило, являются геморроидальные узлы
- Г) по цвету крови и наличию сгустков всегда можно судить, в каком отделе толстой кишки находится источник кровотечения
- Д) толстокишечное кровотечение всегда является поводом для быстрого и целенаправленного обследования всего желудочно-кишечного тракта и проведения комплекса мер для остановки кровотечения

296. При проведении колоноскопии по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать:

- А) рак толстой кишки
- Б) дивертикулёз толстой кишки
- В) неспецифический язвенный колит
- Г) приобретённую ангиодисплазию

297. При проведении ирригоскопии по поводу кишечного кровотечения труднее всего диагностировать:

- А) дивертикулёз толстой кишки
- Б) рак толстой кишки
- В) неспецифический язвенный колит
- Г) приобретённую ангиодисплазию

298. Ирригоскопия при кишечном кровотечении применяется с лечебной и диагностической целью при:

- А) опухолях толстой кишки
- Б) неспецифическом язвенном колите
- В) дивертикулёзе толстой кишки
- Г) врождённой ангиодисплазии
- Д) болезни Крона

299. Когда должны проводиться эндоскопические исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с подозрением или установленным диагнозом COVID-19?

- А) Если вмешательство сочтено абсолютно необходимым в связи с непосредственной угрозой жизни пациента, либо если оттягивание момента выполнения процедуры значительно повлияет на прогноз у конкретного пациента,
- Б) Может проводиться без ограничений,
- В) При кишечном кровотечении,
- Г) При язвенном колите.

300. Абсолютными противопоказаниями к проведению колоноскопии у больного с политравмой являются:

- А) гнойный перитонит;
- Б) острый инфаркт-миокарда;
- В) состояние шока, когда артериальное давление падает ниже отметки 70 мм рт.ст.;
- Г) перфорация толстой кишки,
- Д) Все выше перечисленное.

Заболевания прямой кишки и анального канала

01.-В	22.-А	43.-Д	64.-Г	85. Б	106.-Г
02.-Б	23.-Г	44.-А	65.-Д	86. А	107.-Г
03.-В	24.-Г	45.-Б	66.-Г	87.-В	108.-А
04.-Г	25.-Г	46.-Д	67.-Г	88.-Д	109.-В
05.-Г	26.-А	47.-В	68.-Г	89.-Д	110-Г
06.-АБВ	27.-Б	48.-Б	69.-Б	90.-Д	111.-А
07.-В	28.-Б	49.-Г	70.-Г	91.-А	112.-Г
08.-А	29.-Б	50.-Д	71.-Г	92.-Г	113.-Г
09.-Д	30.-В	51.-Д	72.-Г	93.-Д	114.-Г
10.-Г	31.-В	52.-Г	73.-Г	94 -А	
11.-Б	32.-Д	53.-Г	74.-А	95.-А	
12.-Д	33.-А	54.-Г	75.-В	96.-А	
13.-Д	34.-Д	55.-А	76.-А	97.-Г	
14.-В	35.-А	56.-Г	77.-В	98.-А	
15.-В	36.-А	57.-Г	78.-Б	99.-В	
16.-Б	37.-Г	58.-Д	79.-Г	100.-Б	
17.-А	38.-А	59.-Д	80.-Д	101.-А	
18.-А	39.-Г	60.-Д	81.-Г	102.-Г	
19.-В	40.-Д	61.-Б	82.-Б	103.-Б	
20.-Г	41.-Г	62.-Г	83.-Д	104.-Г	
21.-Г	42.-В	63.-Г	84.-Б	105.-В	

Воспалительные и функциональные заболевания толстой кишки

115.-Д	134.-Д	153.-Д
116.-А	135.-Б	154.-Г
117.-А	136.-Д	155.-В
118.-Д	137.-Д	156.-А
119.-В	138.-В	157.-Д
120.-А	139.-В	158.-А
121.-А	140.-Д	159.-Д
122.-В	141.-Д	160- Г
123.-В	142.-Д	161.-Г
124.-В	143.-В	162.-Д
125.-А	144.-Б	163.-Д
126.-Г	145.-Г	164.-А
127.-Г	146.-Г	165.-Б
128.-Б	147.-В	166.-А
129.-Д	148.-Д	167.-Д
130.-В	149.-В	168.-В
131.-В	150.-В	169.-Г
132.-Д	151.-Д	170.-Г
133.-Д	152.-А	171.-Г

Неотложная колопроктология

172.-Б	179.-А	186.-В	193.-Д
173.-Д	180.-Г	187.-В	194.-А
174.-Г	181.-Г	188.-Г	195.-В
175.-Г	182.-Б	189.-Д	196.-В
176.-А	183.-В	190.-Д	197.-В
177.-Г	184.Б	191.-Б	198.-В
178.-Д	185.-Б	192.-Г	199.-Г

200.-Б	217.-В	232.-Б	249.-В	264.-В	281- Б	296-Г
201.-Д	218.-Д	233.-Д	250- В	265.-Б	282 -Б	297-Г
202.-Д	219 -В	234.-В	251.-Д	266.-В	283-В	298-В
203.-Г	220 -Д	235.-Д	252.-Д	267.-Г	284-Г	299-А
204.-Г	221 -А	236.-Д	253-А	268.-Б	285-А	300-Д
205.-Г	222-Г	237.-В	254-В	269.-Д	286-Б	
206.-Г	223-Г	238.-В	255-Г	270.-В	287-А	
207.-А	224-Г	239.-Г	256-В	271-Г	288-Г	
208.-Б	225 -Г	240.-В	257-Г	272.-Д	289-А	
209.-Б	226-В	241.-Г	258-Б	273-Г	290-Г	
210.-А	227-А	242.-Д	259 -Б	274-Г	291-Б	
211.-Г	228.-Д	243.-Г	260 -Д	275-Г	292-В	
212.-Г	229.-Д	244.-В	261 -В	276-Г	293-А	
213.-Г	230-А	245.-Д	262- А	277.-Д	294- А	
214.-Г	231 -Г	246.-Б	263- Д	278-Г	295-Д	
215.-А		247.-А		279.-Д		
216.-А		248.-Б		280-Г		

Банк ситуационных клинических задач

ЗАДАЧА 1.

У больного 43 лет при ректороманоскопии обнаружен полип на ножке размерами 2х3 см в ректосигмоидном отделе толстой кишки.

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?
3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?
2. Предложите оптимальный план лечения.

ЗАДАЧА 3.

В течение нескольких лет больной 60 лет страдает запорами. Последний месяц стал отмечать появление сильных болей в прямой кишке после акта дефекации. Периодически отмечает незначительную примесь крови в кале.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Какова тактика лечения в зависимости от результатов обследования?

ЗАДАЧА 4.

Больной 47 лет поступил в клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой (до 39,00). При осмотре – слева от ануса имеется покраснение, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 5.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на выпадение прямой кишки во время кашля, чихания, натуживания. Самостоятельно кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 6-7 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 6.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель.

Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

- А) миома матки;
- Б) кровоточащий геморрой;
- В) полип желудка;
- Г) синдром раздраженной толстой кишки
- Д) злокачественная опухоль прямой кишки.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 7.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия средней степени с падением гемоглобина до 72 г/л., полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке

целесообразно:

- А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами;
- Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов;
- В) направить под наблюдение гинеколога;
- Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя;
- Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной 37 повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый геморрой;
- Б) передний свищ прямой кишки;
- В) ректовагинальный свищ;
- Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ.

2. Дополнительное обследование?

3. Тактика дальнейшего лечения?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагностирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 10.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс
- Д) анаэробный парапроктит.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащий геморрой с выпадением узлов.

Ваша тактика:

- А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;
- Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлов из заднего прохода при

натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/ л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии;

В) назначить больному диету, свечи;

Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;

Д) провести обследование в стационаре.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 12.

При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3.

Ваша тактика:

А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;

Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;

В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке;

Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой;

Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 13.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

- А) псевдомембранозный колит;
- Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;
- В) изменение микрофлоры раны;
- Г) пельвиоректальный абсцесс;
- Д) анаэробный парапроктит.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 14

После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны.

Больному необходимо:

- А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;
- Б) снять сразу все швы;
- В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;
- Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;
- Д) провести курс гипербарической оксигенации.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 15.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода. Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является:

Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

- А) оставление первичного отверстия;
- Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;
- В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;
- Г) глухой шов раны после иссечения хода;
- Д) применение дренажа.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология
ЗАДАЧА 16.

У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная.

Вмешательство целесообразнее всего закончить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 17.

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

- А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;
- Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;
- В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;
- Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы;
- Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 18.

Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках.

В такой ситуации необходимо выполнить:

- А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;
- Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
- В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
- Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
- Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 19.

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот. При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:

- А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, дренирование брюшной полости, наложение фракционного орошения
- Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;
- В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого
- Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
- Д) наложение илеостомы.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология
ЗАДАЧА 20.

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:

- А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию;
- Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;
- В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;
- Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;
- Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология
ЗАДАЧА 21

Больную 67 лет. беспокоят боли в животе, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе и неустойчивым стулом. Отмечает чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы беспокоят в течение шести месяцев. За последние несколько дней ощутила слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудение. Температура – 37,2°С.

1. В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?

2. Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3. Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты.
4. Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5. Назовите основные этапы операции.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 22

Больной 50 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета. Внешние признаки - кожа бледная, живот мягкий и безболезненный при поверхностной пальпации, в правом подреберье определяется опухолевидное образование 7х10 см, умеренно болезненное. Симптомов раздражения брюшины не наблюдается.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
4. Определите тактику лечения больного с предполагаемым объемом операции.

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 23

У мужчины 30 лет стул более 9 раз в сутки с примесью крови и слизи, боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении и инфекционных заболеваний не обнаружено. Анамнез: кровь в кале в течение 3 мес., к врачу не обращался. При осмотре кожные покровы бледные. Рост 175 см, вес 58 кг. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Анализ крови: эр. 3,2 x 10¹²; Нв 88 г/л; ц.п. 0,8 л; лейкоц. 7,0 x 10⁹. Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный. ФГДС: Желудок: слизистая зернистая, складки,

свободно расправляются воздухом, содержимое с примесью желчи. При колоноскопии слизистая нисходящей, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

1. Ведущий синдром? 2. Дифференциальный диагноз?
3. Методы дополнительного обследования? 4. Лечение?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 24

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту и боль при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. Анализ крови следующие: гемоглобин 90 и выше, лейкоциты 10,8, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии выявлена сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Толстая кишка спазмирована, имеется контактная кровоточивость, осмотр затруднён.

1. Ведущий синдром?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Методы дополнительного обследования?
4. Лечение?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 25.

Больной 48 лет поступил в городскую клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой тела (до 39,0). При осмотре – слева от ануса имеется небольшое покраснение перианальной области, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое

исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 26.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на болезненность и выпадение прямой кишки во время кашля, чихания и натуживания. Самостоятельно прямая кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиной до 7-8 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН

по специальности 31.08.55 Колопроктология
ЗАДАЧА 27.

Девушка 20 лет жаловалась на выделение крови при дефекациях. Болезнь длится в течение 10 дней. При осмотре прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,5 на 1 см с вялыми грануляциями, при контакте кровоточит, безболезненная.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?

3. Оперативное лечение?
4. Консервативная терапия?
5. Профилактика?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 28.

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на обильное выделение крови при дефекации и боль в течение 30 минут после стула. Выше описанные жалобы беспокоят в течение 10 дней.в При пальцевом исследовании в области переходной линии большая плоская рана 0,5 на 1 см, перифокальная гиперемия и отек, при контакте интенсивно кровоточит, резко болезненная.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Консервативная терапия?
4. Виды сфинктеротомий?
- 5.Профилактика заболевания?

Зав. кафедрой

Ю.И. Веденин

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования

ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 29.

Больной 38 лет, поступил в колопроктологическое отделение с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации. Болеет 12 лет, успешно лечился ректальными свечами и соблюдал диету, в последние месяцы кровотечение возобновилось. Выяснилось, что с изменением места жительства, режима, диеты появились запоры, стул только после слабительных средств. К кровотечению присоединились боли. При обследовании Нв 64 г/л. Эритроцитов 2,8 мкл.

1. Ваш диагноз.

2. Факторы, способствующие осложнениям.
3. Тактика в данном случае.

Зав. кафедрой

Ю.И. Ведени

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования
ЭТАПНЫЙ ЭКЗАМЕН
по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 30.

Больная 33 лет, обратилась в поликлинику к проктологу, по поводу кровотечений из заднего прохода во время стула, общего недомогания. В течение полугода проходила лечение в стационаре с диагнозом геморрой. Был назначен курс лечения: ванночки с лекарственными препаратами, свечи, слабительные средства. Не выполнялось ни одного пальцевого исследования прямой кишки. Не менее чем через 3 месяца после начала заболевания появились боли в пояснице, и больная была направлена на осмотр невропатолога. Назначены тепловые процедуры. Сейчас состояние ухудшилось, направлена к проктологу. При первичном ректальном осмотре имеются внутренние и наружные геморроидальные узлы, контактное кровотечение, в нижней части прямой кишки обнаружено плотное образование, малоподвижное не ровное, безболезненное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие были допущены ошибки на этапах лечения?
4. Тактика хирурга стационара.

Зав. кафедрой

Ю.И. Ведени

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
-61 – 75%	61 – 75
Удовлетворительно (3)	
- 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4)	
-91-100	91 – 100

Отлично (5)	
--------------------	--

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений,

Отлично (5)	своих символов и знаков и т. п.)
--------------------	----------------------------------

Фонд оценочных средств по программе освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»

Перечень вопросов для устного собеседования:

№	Контрольные вопросы	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Оказание неотложной помощи при гипергликемии.	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Оказание неотложной помощи при гипогликемии.	УК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
7.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
8.	Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7
9.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме.	УК-1, ПК-5, ПК-7

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Тактика ведения больного при гипогликемии.	УК-1, ПК-7
7.	Тактика ведения больного при гипергликемии.	УК-1, ПК-7

8.	Тактика ведения больного при ЖКК.	УК-1, ПК-7
9.	Тактика ведения больного при ОНМК.	УК-1, ПК-7

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПРВИЧНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»**

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 54 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
	Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых	27
	Экстренная медицинская помощь	27

Вопросы и задания для самоконтроля:

	1. Неотложная помощь при ОНМК 2. Неотложная помощь при гипогликемии 3. Неотложная помощь при гипергликемии 4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) 8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС) 9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--	---

Перечень дискуссионных тем :

1. Техника проведения сердечно-легочной реанимации

Темы рефератов

1. «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики»
2. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в эндокринологии»
3. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту в гастроэнтерологии».
4. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с бронхообструктивным синдромом на фоне бронхиальной астмы (БОС)»
5. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту с ОКС».
6. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при спонтанном пневмотораксе»
7. «Оказание неотложной или экстренной медицинской помощи взрослому пациенту при ОНМК».
8. «Проведение искусственной вентиляции легких».

Оценка качества освоения программы.

1. Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача.

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения

Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ. СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
1.	ФТД.2.1 «Экстренная медицинская помощь»		21
	Тема 1. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в кардиологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в эндокринологии» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
	Тема 2. Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание медицинской помощи взрослому пациенту в неотложной или экстренной в пульмонологии.» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	7
2.	ФТД.2.2 Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых		3
	Тема 1. Методика проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Расширенная сердечно-легочная реанимация: показания, техника, осложнения, способы их устранения и профилактики» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	3
	ИТОГО:		24 ч

Формы контроля выполнения самостоятельной работы:

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

Требования к оформлению докладов.

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

Критерии оценки доклада.

«5» (отлично) – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает

на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«4» (хорошо) – оценка **«хорошо»** ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ординатор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

«3» (удовлетворительно) – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

«2» (неудовлетворительно) – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.