

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности
О.Н. Барканова
«24» августа 2025 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНАМ
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ-
программы ординатуры**

по специальности 31.08.67 Хирургия

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2025

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множества источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1 - навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- 1 - этиологию,патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе оперативного лечения).	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; 2 - экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.

ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показатели эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1 - дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний.); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лечения послеоперационных осложнений.	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2.оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; 3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	1 - владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экогенных, профессиональных и др.) на возникновение основных хирургических заболеваний 3- принципы ведения здорового образа жизни	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье.	1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-хирурга	Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача хирурга и стационарного отделения.	Навыками организации работы специализированного хирургического кабинета с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе клинической хирургии
--------------	---	--	---	--

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Хирургия» для обучающихся 2024, 2025 годов поступления по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год
ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература:

Клинические рекомендации по нозологическим формам.

1. Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ
<https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines>
2. Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html>
3. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html>
4. Митиш, В. А. Высокие ампутации нижних конечностей при гангрене : учебное пособие / В. А. Митиш, Ю. С. Пасхалова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 112 с. - ISBN 978-5-9704-8342-8, DOI: 10.33029/9704-8342-8-ANK-2024-1-112. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970483428>
5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html>
6. Хирургия по Шварцу. Том I / под ред. Ф. Ч. Бруникарди ; пер. с англ. под ред. А. Ш. Ревитшвили, Ю. В. Белова, В. И. Белоконева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-8033-5, DOI: 10.33029/978-5-9704-8033-5-PSS1-2023-1-784. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970480335.html>
7. Клиническая анатомия живота. Иллюстрированный авторский цикл лекций [Электронный ресурс] / И. И. Каган. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970463970.html>
8. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970460009.html>
9. Легочное кровотечение : руководство для врачей [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970472934.html>
10. Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов Режим доступа: <https://medbase.ru/book/GLR005810.html>
11. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для [Электронный ресурс] / В. К. Гостищев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970437506.html>
12. Дефекты и повреждения диафрагмы. Посттравматические диафрагмальные грыжи. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/GLR000974.html>
13. Эмпиема плевры Режим доступа: <https://medbase.ru/book/GLR000971.html>
14. Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013 Серия "Национальные руководства" Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970425725.html>
15. Аневризмы грудной и торакоабдоминальной аорты Режим доступа: <https://medbase.ru/book/GLR006356.html>
16. Абдоминальная хирургическая инфекция Режим доступа: <https://medbase.ru/book/MIR001896.html>
17. Клиническая хирургия [Текст] : нац. рук. Т. 1 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-

Медиа, 2010. - 864, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

18. Варикозное расширение вен нижних конечностей Режим доступа:

<https://medbase.ru/book/GLR005806.html>

Стандарт медицинской помощи взрослым при варикозном расширении вен нижних конечностей (диагностика и лечение) (приказ МЗ РФ N 576н от 22.08.2022)

19. Пожилой хирургический больной [Электронный ресурс] / А. С. Бронштейн, О. Э. Луцевич, В. Л. Ривкин, А. В. Зеленин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа:

<https://medbase.ru/book/ISBN9785970430644.html>

20. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение Режим доступа: <https://medbase.ru/book/MIR001888.html>

21. Закрытая травма грудной клетки Режим доступа:

<https://medbase.ru/book/GLR001257.html>

Стандарт скорой медицинской помощи при травмах грудной клетки (приказ МЗ РФ № 1389н от 24.12.2012)

22. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. рук. Т. 2 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 825, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

23. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. руководство. Т. 3 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед. о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002, [4] с. : ил., 5 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

24. **Общая и неотложная хирургия** [Текст] : руководство / под ред. С. Патерсон-Брауна ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 379 с. : ил., цв. ил. - (Руководства для специалистов хирургической практики).

25. **Гостищев В. К.** Общая хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Анестезиология" / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 728 с. : ил., 8 л. цв. ил.

26. **Российское общество хирургов (РОХ)** - www.общество-хирургов.рф (электронный ресурс)

Дополнительная литература:

1. Хирургия в гериатрии и паллиативной медицине / Г. Г. Мелконян, И. М. Буриев, Н. К. Рунихина [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-8636-8, DOI: 10.33029/9704-8636-8-GER-2024-1-440. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970486368.html> (дата обращения: 05.09.2025). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
2. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта : учебное пособие / Ю. И. Веденин, А. Н. Акинчиц, А. А. Ногина [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. <https://e.lanbook.com/book/418919> ..
3. Хирургия диабетической стопы : учебное пособие / Ю. И. Веденин, И. С. Попова, А. С. Назарук [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. — 44 с: <https://e.lanbook.com/book/418910> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
4. Хирургия сочетанной травмы : учебное пособие / Ю. И. Веденин, И. С. Попова, А. Ю. Орешкин [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. — 48 с: <https://e.lanbook.com/book/418913> . — Режим доступа: для авториз. пользователей.
5. Эпителиальные образования желудочно-кишечного тракта : учебное пособие / Ю. И. Веденин, В. В. Мандриков, А. А. Ногина [и др.]. — Волгоград : ВолгГМУ, 2024. <https://e.lanbook.com/book/418916> . — Режим доступа: для авториз. Пользователей

6. **Ривкин В. Л.** Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.
7. **Эндокринная хирургия** [Текст] : [рук. для врачей] / С. С. Харнас [и др.] ; под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 490, [4] с. : ил., цв. ил. - (Библиотека врача-специалиста. Хирургия. Эндокринология).
8. **Урология** [Текст] : национальное руководство / под ред. Н.А.Лопаткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1024с. - (Национальные руководства). **Гуманенко, Е.К.** Военно-полевая хирургия. Учебник / Е.К. Гуманенко. -
9. Мануковский, В.А. Тулупов, А.Н. Политравма: руководство для врачей /А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2022. - 960 с.
10. **Дибиров, М.Д.** Практические навыки в хирургии и первая помощь при критических состояниях: учебное пособие / М.Д. Дибиров. - Гэотар-Медиа, 2022. - 544 с.
11. **Самохвалов, В.И.Бадалов** Военно-полевая хирургия. ГЭОТАР – Медиа, 2023г. - 432с.
12. **Лысенко М.В.** Переходов С.Н. Военно-полевая хирургия «Медпроф» 2023г.- 289с.
13. **Боевая травма для гражданского медика** : руководство для врачей / под ред. О. В. Ремизова, А. Н. Колесникова, В. Д. Слепушкина. - Москва : Литтерра, 2024. - 544 с.
14. **Острый калькулезный холецистит и его осложнения. Новое о холелитиазе.** Практическое руководство / под ред. И. М. Буриева, Г. Г. Мелконяна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5662-0-2020-ОКН-1-272.
15. **Грыжи живота** : иллюстрированное руководство [Электронный ресурс] / А. В. Черных, В. В. Алипов, М. П. Попова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
16. **Пожилой хирургический больной** [Электронный ресурс] / А. С. Бронштейн, О. Э. Луцевич, В. Л. Ривкин, А. В. Зеленин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. "Библиотека врача-специалиста"
17. **Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей** / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752.
18. **Хирургия в гериатрии и паллиативной медицине** / Г. Г. Мелконян, И. М. Буриев, Н. К. Рунихина [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 440 с. - ISBN 978-5-9704-8636-8, DOI: 10.33029/9704-8636-8-GER-2024-1-440.
19. **Военно-полевая хирургия** : учебник / под ред. И. М. Самохвалова, В. И. Бадалова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 568 с. - ISBN 978-5-9704-8037-3, DOI: 10.33029/9704-8037-3-MFS-2023-1-568.
20. **Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение** / С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.] ; под ред. С. Ф. Багненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-7221-7, DOI: 10.33029/9704-7221-7-DSU-2023-1-376.
21. **Эндогенная интоксикация в неотложной абдоминальной хирургии.** Новые подходы к коррекции / А. П. Власов, Н. Ю. Лещанкина, Т. И. Власова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.
22. **Лимфатическая терапия** / под ред. А. В. Есипова, П. Е. Крайнюкова, В. А. Мусилова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.
23. **Интервенционная холецистостомия при остром холецистите в лечении пациентов старших возрастных групп** [Электронный ресурс] / Капралов С.В., Харионов Б.С., Шапкин Ю.Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.
24. **Тактика контроля качества и безопасности медицинской деятельности** [Электронный ресурс] / под ред И. В. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
25. **Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни** [Электронный ресурс] / Е. А. Загрядский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

26. **Тактика врача-хирурга : практическое руководство** / А. В. Шабунин, Р. Ю. Маер [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
 27. **Руководство по амбулаторной хирургической помощи** [Электронный ресурс] / под ред. П. Н. Олейникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
 28. **Клинические рекомендации. Колопроктология** [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Шелыгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
 29. **Острый холецистит** [Электронный ресурс] / Черепанин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
 30. **Атлас осложнений хирургии грыж передней брюшной стенки** [Электронный ресурс] / А.И. Черепанин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
 31. **Прогнозирование в плановой хирургии** [Электронный ресурс] / Н.А. Кузнецов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
 32. **The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение** [Электронный ресурс] / - , 2011.
- 33. ирургические болезни и травмы в общей врачебной практике** [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

<u>Ссылка на информационный ресурс</u>	<u>Доступность</u>
http://ЭБС «Консультант студента» http:// www.studmedlib.ru	Свободный доступ
Единая реферативная библиографическая база данных (профессиональная база данных) http://www.scopus.com	Свободный доступ
Национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных) http://www.elibrary.ru	Свободный доступ
Журнал: <i>Medical Education Online</i> http://med-ed-online.net/	Свободный доступ
http://www.scsml.rssi.ru/	Свободный доступ
Методический центр аккредитации специалистов https://fmza.ru/fos_primary_specialized/	Свободный доступ
ЭИОС ВолГМУ https://elearning.volgmed.ru/	Для участников курса
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ

<u>Ссылка на информационный ресурс</u>	<u>Доступность</u>
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

<u>Ссылка на информационный ресурс</u>	<u>Доступность</u>
http://ЭБС «Консультант студента» http:// www.studmedlib.ru	Свободный доступ
Единая реферативная библиографическая база данных (профессиональная база данных) http://www.scopus.com	Свободный доступ
Национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных) http://www.elibrary.ru	Свободный доступ
Журнал: <i>Medical Education Online</i> http://med-ed-online.net/	Свободный доступ
http://www.scsml.rssi.ru/	Свободный доступ
<i>Методический центр аккредитации специалистов</i> https://fmza.ru/fos_primary_specialized/	Свободный доступ
ЭИОС ВолгГМУ https://elearning.volgmed.ru/	Для участников курса
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

Банк тестовых заданий (с ответами) (примеры).

Задания открытого типа ПК1.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1. 1.	Острый аппендицит Клинический случай: Мужчина 25 лет поступил в приёмное отделение с жалобами на боли в животе, которые начались в эпигастральной области, а затем сместились в правую подвздошную область. Боли постоянные, усиливаются при движении. Тошнота, однократная рвота. Температура тела 37,8°C. Живот напряжён в правой подвздошной области, положительные симптомы Раздольского, Ситковского, Ровзинга. Вопросы: - Каков наиболее вероятный диагноз? - Какие методы диагностики необходимо провести? - Какие лабораторные показатели могут быть изменены? - Каковы возможные осложнения при задержке операции?	Ответы: - Острый аппендицит (катаральный/флегмонозный). - Диагностика: УЗИ брюшной полости, при сомнениях – КТ (особенно при атипичном расположении). - Лаборатория: лейкоцитоз ($12-15 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилёз, возможен сдвиг формулы влево. - Осложнения: перфорация, перитонит, абсцесс, пилефлебит.	Савельев В.С., Кириенко А.И. «Острый аппендицит» в руководстве «Клиническая хирургия» (2020).
2.	Острый холецистит Клинический случай: Женщина 45 лет, страдающая ЖКБ, обратилась с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку. Тошнота, рвота желчью. Температура 38,2°C. Положительные симптомы Мерфи, Ортнера, Кера. Вопросы: - Какой предварительный диагноз? - Какие инструментальные исследования необходимы? - Какие изменения в биохимии крови ожидаются? - Какие варианты лечения возможны?	Ответы: - Острый калькулёзный холецистит. - Диагностика: УЗИ (утолщение стенки ЖП, конкременты, симптом Мерфи при УЗИ), при осложнениях – КТ. - Лаборатория: лейкоцитоз, повышение билирубина, ЩФ, АЛТ/АСТ при холедохолитиазе. - Лечение: антибиотики (цефалоспорины 3-го поколения + метронидазол), холецистэктомия (лапароскопическая/открытая).	Гостищев В.К. «Хирургические инфекции» (2018).
3.	Гнойная хирургическая инфекция (флегмона) Клинический случай: Пациент 30 лет после травмы голени (ссадина) отмечает нарастающий отёк, гиперемию, болезненность в области раны. Температура 39°C, озноб. При осмотре – разлитое воспаление, флюктуация. Вопросы: - Какой диагноз? - Какие возбудители наиболее вероятны? - Какие методы диагностики необходимы? - Тактика лечения?	Ответы: - Флегмона голени. - Возбудители: <i>S. aureus</i>, стрептококки, реже – анаэробы. - Диагностика: УЗИ мягких тканей, посев гноя, ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилёз, повышенная СОЭ). - Лечение: вскрытие и дренирование, антибиотики (амоксиклав/цефтриаксон + метронидазол).	Черноусов А.Ф. «Гнойная хирургия» (2019).
4.	Острая кишечная непроходимость Клинический случай:	Ответы: Острая спаечная кишечная	Ермолов А.С. «Неотложная аб-

	Пациент 60 лет, жалобы на схваткообразные боли в животе, вздутие, отсутствие стула 3 дня. В анамнезе – операции на брюшной полости. При осмотре – асимметрия живота, положительные симптомы Валя, Склярова. Аускультативно – «шум плеска». Вопросы: 1. Какой диагноз? 2. Какие методы визуализации подтвердят диагноз? 3. Какие лабораторные изменения ожидаются? 4. Какие осложнения возможны?	непроходимость. 2.Диагностика: Обзорная рентгенография (чаши Клойбера, аркады), КТ – «точка перехода». 3.Лаборатория: лейкоцитоз, гипокалиемия, гипохлоремия, повышение мочевины (при дегидратации). 4.Осложнения: некроз кишки, перитонит, сепсис.	доминальная хирургия» (2021).
5.	Пневмоторакс Клинический случай: Молодой человек 20 лет, внезапно возникла острая боль в правой половине грудной клетки, одышка. При осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании, перкуторно – тимпанит, ослабление дыхания. Вопросы: 1. Какой диагноз? 2. Какое исследование подтвердит диагноз? 3. Какие варианты лечения? 4. Какие осложнения возможны?	Ответы: 1.Спонтанный пневмоторакс. 2.Диагностика: рентгенография грудной клетки (отсутствие лёгочного рисунка, коллабированное лёгкое). 3.Лечение: пункция/дренирование плевральной полости, при рецидивах – плевродез. 4.Осложнения: напряжённый пневмоторакс, дыхательная недостаточность.	ПерельманМ.И. «Торакальная хирургия» (2017).

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Опишите типичную миграцию боли при остром аппендиците. Какие анатомические варианты расположения червеобразного отростка могут изменить клиническую картину? Перечислите основные физикальные симптомы (Раздольского, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского) и их патогенетическое обоснование. Какие изменения в общем анализе крови характерны для флегмонозного и гангренозного аппендицита? Назовите критерии шкалы Альварado и её диагностическую ценность. Какие осложнения могут развиваться при поздней диагностике острого аппендицита?	Савельев В.С., КириенкоА.И. «Клиническая хирургия: национальное руководство» (2020).
2.	Какие клинические и лабораторные признаки позволяют дифференцировать катаральный и деструктивный холецистит? Опишите ультразвуковые критерии острого холецистита (симптом Мерфи, утолщение стенки, перипузырный выпот). Какие биохимические показатели указывают на развитие холангита или билиарного панкреатита? В каких случаях показана экстренная холецистэктомия, а когда допустима консервативная тактика? Какие осложнения могут возникнуть при несвоевременном лечении острого холецистита (эмпиема, перфорация, перитонит)?	ЕрмоловА.С. «Неотложная абдоминальная хирургия»(2021).

3.	Какие клинические признаки позволяют дифференцировать флегмону от абсцесса? Назовите основные возбудители гнойных инфекций мягких тканей (<i>S. aureus</i>, стрептококки, анаэробы). Какие методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) наиболее информативны для определения глубины поражения? Какой эмпирической антибиотикотерапии следует придерживаться до получения результатов посева? Какие системные осложнения (сепсис, некротизирующий фасциит) требуют экстренного хирургического вмешательства?	Черноусов А.Ф. «Гнойная хирургия»(2019).
4.	Какие факторы риска способствуют развитию нагноения послеоперационной раны? Как классифицируются раневые инфекции (поверхностные, глубокие, инфекции органа/полости)? Какие микробиологические исследования необходимы при подозрении на раневую инфекцию? Какова тактика лечения при нагноении послеоперационной раны (дренирование, санация, антибиотики)? Какие меры профилактики снижают риск послеоперационных инфекций?	Брискин Б.С., Шулутко А.М. «Инфекции в хирургии» (2022).
5.	Какие стадии эмпиемы плевры выделяют (экссудативная, фибринозно-гнойная, организация)? Какие изменения в общем анализе крови и биохимии (СРБ, прокальцитонин) характерны для гнойного плеврита? Какие методы дренирования (пункция, торакоскопия, открытая торакотомия) применяются в зависимости от стадии? Как подбирается антибактериальная терапия при эмпиеме плевры? Каковы возможные исходы при несвоевременном лечении (плевросклероз, дыхательная недостаточность)?	Вишневский А.А.«Гнойно-воспалительные заболевания лёгких и плевры» 2020).

Практический навыки

№	Содержание задания	Источник
1.	1.Продемонстрируйте пальпацию живота и проверку симптомов острого аппендицита: – Раздольского – Ситковского – Ровзинга 2.Назовите показания к экстренной операции. 3.Составьте алгоритм предоперационной подготовки.	Савельев В.С. «Неотложная абдоминальная хирургия» (2021).
2.	1.Опишите технику вскрытия абсцесса брюшной полости. 2.Как правильно дренировать рану? 3.Назовите эмпирическую антибиотикотерапию	Черноусов А.Ф. «Гнойная хирургия»(2019).
3.	1.Опишите технику пункции плевральной полости при экссудативном плеврите. 2.Какие осложнения возможны? 3.Как интерпретировать анализ плевральной жидкости?	Перельман М.И. «Торакальная хирургия» (2017).
4.	У пациента с ножевым ранением бедра – пульсирующее кровотечение. 1.Ваши действия на догоспитальном этапе. 2.Как наложить жгут правильно? 3.Какие ошибки нельзя допускать?	Петров С.В. «Общая хирургия» (2020).
5.	У пациента на 7-е сутки после аппендэктомии – первичное заживление раны. 1.Как оценить готовность раны к снятию швов? 2.Опишите технику снятия узловых швов. 3.Какие осложнения возможны?	Брискин Б.С. «Инфекции в хирургии» (2022).

Задания открытого ПК 2.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача 1. Профилактический осмотр пациента с риском язвенной болезни желудка Ситуация: Мужчина 50 лет, курит 20 лет, ИМТ = 32. Жалуется на периодические боли в эпигастрии, изжогу, тяжесть после еды. Задание: - Составьте план профилактического осмотра с учетом факторов риска (курение, ожирение). - Назначить обследование для исключения язвенной болезни (ФГДС, <i>Helicobacter pylori</i>-тест). - Определите показания для диспансерного наблюдения.	Профилактический осмотр пациента с риском язвенной болезни желудка План осмотра: - Сбор анамнеза: - Физикальное обследование: - Лабораторные и инструментальные исследования: ФГДС. Тест на <i>Helicobacter pylori</i> ОАК Биохимия Диспансерное наблюдение: При выявлении <i>H. pylori</i> – эрадикационная терапия (Маастрихт VI, 2022).	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2023).
2.	Задача 2. Диспансерное наблюдение после холецистэктомии Ситуация: Женщина 45 лет, 6 месяцев назад перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ. Жалоб нет. Задание: - Составьте график контрольных осмотров (хирург, гастроэнтеролог). - Назначьте обследования (УЗИ брюшной полости, липидный профиль). - Дайте рекомендации по профилактике постхолецистэктомического синдрома.	Диспансерное наблюдение после холецистэктомии План наблюдения: - Частота осмотров: Через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции (хирург + гастроэнтеролог). - Обследования: УЗИ брюшной полости Биохимия крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин – контроль функции печени). Липидный профиль Рекомендации: Диета (стол №5)	Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь» (РКО, 2025).
3.	Задача 3. Диспансеризация пациента с варикозной болезнью Ситуация: Мужчина 55 лет, водитель, жалуется на тяжесть в ногах, отеки. При осмотре – варикозное расширение вен. Задание: - Назначьте обследования (УЗДС вен нижних конечностей). - Определите показания для консультации сосудистого хирурга. - Дайте рекомендации по профилактике ТГВ (компрессионный трикотаж, ЛФК).	Алгоритм действий: - Диагностика: УЗДС вен нижних конечностей (Коагулограмма) - Консультация сосудистого хирурга при: Трофических язвах. Признаках тромбофлебита - Профилактика осложнений:	Клинические рекомендации «Хронические заболевания вен» (МЗ РФ, 2025).
4.	Задача 4. Диспансерное наблюдение после резекции желудка по поводу рака Ситуация: Пациент 60 лет, год назад перенес субтотальную резекцию желудка (аденокарцинома). Задание: Составьте график контрольных обследований (ФГДС, КТ, онкомаркеры).	График наблюдения: Первые 2 года (наибольший риск рецидива): ФГДС + биопсия – каждые 3–6 месяцев. КТ органов грудной/брюшной полости – каждые 6 месяцев. Онкомаркеры (РЭА, СА 19-	Клинические рекомендации «Рак желудка» (NCCN, 2023; МЗ РФ, 2022).

	2. Укажите возможные осложнения (анемия, демпинг-синдром). 3. Дайте рекомендации по нутритивной поддержке.	9) – каждые 3 месяца. Через 3–5 лет: ФГДС и КТ – ежегодно. Осложнения и их коррекция:	
5.	Задача 5. Профилактика послеоперационных осложнений у пациента с ожирением Ситуация: Пациент 48 лет, ИМТ = 38, планируется плановая герниопластика. Задание: 1. Составьте план предоперационного обследования (исключение СД, АГ, оценка риска ТЭО). 2. Определите меры профилактики раневой инфекции и тромбозов. 3. Укажите сроки и объем диспансерного наблюдения после операции.	Профилактика осложнений у пациента с ожирением перед герниопластикой Предоперационная подготовка: Обследования: глюкоза крови, HbA1c (исключение СД). Коагулограмма + УЗИ вен нижних конечностей (риск ТГВ). ЭКГ + консультация кардиолога (при ожирении часто сопутствует АГ, ИБС). Послеоперационное наблюдение: Осмотр хирурга через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев. Контроль веса	Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых» (HerniaSurge Group, 2018).

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Опишите алгоритм проведения профилактического осмотра пациента с хроническим панкреатитом. Какие инструментальные и лабораторные методы необходимо включить в обязательный минимум обследования? Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.	Клинические рекомендации «Хронический панкреатит» (МЗ РФ, 2022).
2.	Составьте план диспансерного наблюдения пациента после лапароскопической холецистэктомии. Укажите сроки контрольных осмотров, необходимые методы диагностики и меры профилактики возможных осложнений.	Клинические рекомендации – Желчнокаменная болезнь – 2024
3.	Опишите схему диспансерного наблюдения пациента после радикальной операции по поводу рака ободочной кишки. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики должны применяться на разных этапах наблюдения?	Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Опухоли толстой кишки. – М.: Медицинское информационное агентство, 2020.
4.	Разработайте программу профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у хирургических пациентов. Какие группы риска выделяют? Какие методы фармакологической и механической профилактики необходимо применять в пред- и послеоперационном периоде?	Российские клинические рекомендации «Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений» (2015).
5.	Составьте план диспансерного наблюдения пациента после герниопластики по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Укажите сроки контрольных осмотров, методы оценки эффективности операции и меры профилактики рецидива.	Клинические рекомендации – Прочие первичные грыжи брюшной стенки – 2024-

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	<i>Техника пальпации щитовидной железы при профилактическом осмотре</i>	Клинические рекомендации "Диагностика и лечение узлового зоба" (2022).
2.	<i>Техника наложения компрессионного трикотажа при варикозной болезни</i>	Национальные клинические рекомендации по лечению хронических заболеваний вен (2025)
3.	<i>Техника обработки послеоперационного шва</i>	Общая хирургия: учебник / В.К. Гостищев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
4.	<i>Техника пальцевого ректального исследования</i>	Клинические рекомендации "Рак прямой кишки" (МЗ РФ, 2023).
5.	<i>Техника измерения окружности конечности при лимфедеме</i>	Клинические рекомендации "Лимфедема конечностей" (МЗ РФ, 2022)

Задания открытого типа ПК 4.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
2. 1.	Оформление истории болезни при остром аппендиците Ситуация: Пациент 32 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, температуру 37,8°C. Задания: - Какие разделы истории болезни (форма 003/у) должны быть заполнены в первую очередь? - Как правильно оформить предоперационный эпикриз? - Какие документы необходимо подготовить для перевода пациента в ОРИТ?	Ответы: 1.Обязательные разделы: Паспортная часть Жалобы, анамнез Данные объективного осмотра Предварительный диагноз План обследования Эпикриз должен включать: Обоснование диагноза Показания к операции Информированное согласие Для перевода в ОРИТ: Выписка из истории болезни Результаты обследований Направление	Приказ Минздрава РФ №834н "Об утверждении форм первичной медицинской документации" (2021)
2.	Оформление больничного листа после холецистэктомии Ситуация: Пациентка 45 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию. Планируется выписка на 7-е сутки. Задания: - На какой срок следует выдать листок нетрудоспособности? - Как оформить продление при осложнениях?	Ответы: 1.Стандартный срок: 14 дней после лапароскопии (Приказ Минздрава №925н) 2.При осложнениях: Заключение ВК (врачебной комиссии) Максимальный срок - 10 месяцев 2.Коды по МКБ-11: ЖК20.0 - Камни желчного пузыря	Приказ Минздрава РФ №925н "О порядке выдачи листков нетрудоспособности" (2022)

	3. Какие коды диагноза использовать в больничном листе?	ХС96.2 - Лапароскопическая холецистэктомия	
3.	Анализ дефектов оказания помощи при перитоните Ситуация: У пациента с запоздалой диагностикой перфоративной язвы развился разлитой перитонит. Проводится экспертиза качества лечения. Задания: 1. Какие критерии нарушения сроков диагностики? 2. Как оценить правильность послеоперационного ведения? 3. Какие документы анализирует экспертная комиссия?	Ответы: 1.Критерии дефектов: Отсутствие УЗИ/КТ при неясной клинике Задержка операции >6 часов от момента поступления Параметры оценки послеоперационного ведения: Своевременность антибиотикотерапии Контроль дренажей Профилактика ТЭО Документы для экспертизы: История болезни Протоколы операции Результаты лабораторных исследований	ГОСТ Р 56044-2014 "Оценка качества медицинской помощи"
4.	Регистрация случая госпитализации в статистическую форму Ситуация: В хирургическом отделении за месяц проведено: • 25 аппендэктомий • 12 холецистэктомий • 3 операции по поводу перитонита Задания: 1. Как заполнить форму 14-ДС (статистическая)? 2. Какие коды МКБ-11 использовать? 3. Как рассчитать показатель летальности?	Ответы: 1.Заполнение формы 14-ДС: Раздел 3 "Оперативные вмешательства" Коды по номенклатуре медицинских услуг Коды МКБ-11: DE10 - Острый аппендицит ЖК20 - ЖКБ DC11.0 - Перитонит Расчет летальности: (Число умерших × 100) / Число выбывших больных	Приказ Росстата №473 "Об утверждении статистических форм" (2023)
5.	Ситуация: Пациент умер на 3-и сутки после операции по поводу кишечной непроходимости. Задания: 1. Какие документы необходимо оформить? 2. Как заполнить посмертный эпикриз? 3. Каков порядок направления тела в патологоанатомическое отделение?	Ответы: 1.Обязательные документы: Протокол констатации смерти Посмертный эпикриз Направление на патологоанатомическое исследование 2.Содержание эпикриза: Хронология лечения Причины смерти Заключение о соответствии оказанной помощи 3.Порядок направления: Оформление сопроводительных документов Уведомление родственников Запись в журнале учета	Приказ Минздрава №354н "О порядке патологоанатомических исследований" (2022)

Вопросы для развёрнутого ответом

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие обязательные разделы включает история болезни (форма 003/у) при госпитализации пациента с острым холецисти-	Приказ Минздрава РФ №834н (2021) "О формах

	том?	первичной меддокументации"
2	Как правильно оформить информированное добровольное согласие на операцию? Какие пункты обязательны?	Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан"
3.	На какой срок выдается листок нетрудоспособности после лапароскопической аппендэктомии? Какие факторы влияют на продление	Приказ Минздрава РФ №925н (2022) "О порядке выдачи больничных листов". Ермолов А.С.
4.	Какие коды МКБ-11 используются для оформления документов при послеоперационных осложнениях (например, нагноении раны)	МКБ-11 (ВОЗ, 2023).
5.	По каким критериям оценивается своевременность оказания помощи при перфоративной язве желудка?	ГОСТ Р 56044-2014 "Оценка качества медицинской помощи".

Практический навык

№	Содержание задания	Источник
1.	Как правильно заполнить операционный протокол при экстренной аппендэктомии? Рекомендации: 1. Обязательные пункты протокола: Дата, время начала и окончания операции ФИО хирурга и ассистентов Метод обезболивания Ход операции (доступ, находки, этапы вмешательства) Объем кровопотери Дренирование (количество и тип дренажей) 2. Особенности при осложнениях: При перитоните - указать характер экссудата, объем санации При атипичном расположении отростка - зарисовать схему Типичная ошибка: отсутствие описания ревизии подвздошной кишки на 1 м.	Приказ Минздрава №173н "Об утверждении порядка оказания хирургической помощи" (2022)
2.	Как определить срок временной нетрудоспособности после лапароскопической герниопластики? Рекомендации: 1. Стандартные сроки: Офисным работникам - 14-18 дней Физическим работникам - 21-28 дней 2. Факторы для продления: Развитие серомы/гематомы (+7-10 дней) Сопутствующий сахарный диабет (+5-7 дней) 3. Оформление: В листке нетрудоспособности указать код МКБ-11: КВ60 При продлении - заключение ВК с обоснованием Пример формулировки: "Рекомендовано освобождение от тяжелого физического труда на 1 месяц"	Приказ Минздрава №925н (2022)
3.	Какие показатели анализировать при экспертизе случая послеоперационного перитонита? Рекомендации: 1. Критерии оценки: Время от первых симптомов до релапаротомии (не >12 ч) Полнота предоперационного обследования (обязательно - лейкоциты, креатинин, УЗИ) Адекватность антибиотикотерапии (старт в первые 1 ч после диагноза) 2. Документы для анализа:	ГОСТ Р 56044-2014,

	Листы назначений Температурные листы Протоколы перевязок Шаблон экспертного заключения: "Дефект оказания помощи: задержка диагностики на 8 часов при нарастающем лейкоцитозе"	
4.	Как правильно заполнить журнал учета операций (форма 008/у)? Практические указания: 1. Обязательные графы: Порядковый номер ФИО пациента, история болезни № Дата и время операции Название операции (по номенклатуре) ФИО хирурга и анестезиолога Осложнения (указать конкретно) 2. Типичные ошибки: Не указывать время окончания операции Использовать аббревиатуры вместо полных названий Пример правильной записи: "15. 12.08.2023 09:00-10:15. Иванов И.И., и/б 12345. Лапароскопическая холецистэктомия. Хирург Петров П.П. Осложнений нет."	Приказ Минздрава №834н (2021),
5.	Как оформить документацию при отказе от операции при гангренозном аппендиците? Пошаговый алгоритм: 1. Заполнить: Форму отказа (119/у) в 2 экземплярах Подробную запись в истории болезни Запись в амбулаторной карте 2. Обязательные элементы: Разъяснение рисков (перфорация, сепсис, летальный исход) Подписи 2 свидетелей (медперсонал) Отметка о вручении копии отказа пациенту Фразы для записи: "Пациенту разъяснена неизбежность летального исхода в течение 24-48 часов при отказе от операции. Отказ оформлен письменно."	Федеральный закон №323-ФЗ

Задания открытого типа ПК 5.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
3. 1.	Сепсис Ситуация: Пациент 65 лет, 3 дня после операции по поводу гангренозного аппендицита. Температура 39.2°C, ЧДД 28/мин, АД 85/50 мм рт.ст., лактат 4.5 ммоль/л. В ОАК: лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8 нг/мл. Вопросы: 1. Оцените тяжесть состояния по шкале SOFA. 2. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза. 3. Обоснуйте схему антибактериальной терапии.	Ответы: 1.SOFA ≥ 2 балла по каждому критерию: Гипотензия (1 балл) Тахипноэ (1 балл) Лактат >2 ммоль/л (1 балл) Лейкоцитоз (1 балл) Диагноз: Сепсис-3 (≥ 4 балла). 2.Эндотоксикоз: Лактат >2 ммоль/л $\rightarrow$ тканевая гипоксия Прокальцитонин >0.5 нг/мл $\rightarrow$ бактериальная инфекция 3.АБ-терапия: Карбапенемы	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)
2.	Перитонит. Ситуация: Женщина 50 лет с прободной язвой желудка.	Ответы: 1.MPI: Возраст >50 лет Органная недостаточность	Савельев В.С. "Перитонит" (2021)

	Живот "доскообразный", лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л. Вопросы: - Оцените тяжесть по шкале MPI (Mannheim Peritonitis Index). - Какие маркеры эндотоксикоза критичны? - Обоснуйте хирургическую тактику.	Итог: 11 баллов → летальность 30%. 2.Маркеры: Лактат $>2.5 \text{ ммоль/л}$ СРБ $>100 \text{ мг/л}$ 3.Тактика: Экстренная лапаротомия + санация. Антибиотики	Приказ Минздрава №173н (2022)
3.	Панкреонекроз Ситуация: Мужчина 45 лет, алкогольный анамнез. Боли в эпигастрии, амилаза 1200 Ед/л, КТ: некроз 50% железы. Вопросы: - Оцените тяжесть по шкале BISAP. - Какие показатели иммунного статуса ключевые? - Когда нужна антибиотикопрофилактика?	Ответы: 1.BISAP ≥ 3 балла: Креатинин SIRS Возраст >60 лет Риск летальности 15%. Иммунный статус: Лимфопения $<1.0 \times 10^9/\text{л}$ ИЛ-6 $>100 \text{ пг/мл}$ АБ-профилактика	Клинические рекомендации – Острый панкреатит – 2024
4.	Ситуация: Женщина 30 лет с болями в правом подреберье, билирубин 50 мкмоль/л. Вопросы: - Сформулируйте дифференциальный диагностический ряд. - Какие исследования исключат холедохолитиаз? - Определите "группу риска" по осложнениям.	Ответы: 1.Дифференциальный диагноз: Острый холецистит Холедохолитиаз Гепатит 2.Диагностика: УЗИ МРХПГ Группа риска: ЖКБ в анамнезе Билирубин $>40 \text{ мкмоль/л}$	Гостищев В.К. "Диагностика в хирургии" (2021)
5.	Ситуация: Мужчина 60 лет, внезапно возникшая "кинжальная" боль в эпигастрии с последующим распространением по всему животу. В анамнезе - длительный прием НПВС по поводу остеоартроза. При осмотре: живот напряжен, резко болезненный, симптомы раздражения брюшины положительные. ЧДД 24/мин, АД $100/60 \text{ мм рт.ст.}$ Вопросы: - Составьте детализированный алгоритм диагностики - Укажите точный код МКБ-11 для данного состояния - Перечислите критические ошибки на догоспитальном этапе	Алгоритм диагностики: - Физикальное обследование: Оценка перитонеальных симптомов (Щеткина-Блюмберга, Менделя); Перкуссия печени (исчезновение печеночной тупости) - Экстренная инструментальная диагностика: - Обзорная рентгенография ОБП в вертикальном положении - УЗИ брюшной полости - ЭКГ - Лабораторные исследования: - ОАК - Биохимия - При сомнениях - КТ брюшной полости (- Предоперационная подготовка 2.Код МКБ-11: DA25.2 (Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки) DA25.1 (Перфоративная язва желудка) DA25.3 (Перфоративная язва неуточненной локализации)	Клинические рекомендации "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки" Минздрава РФ, 2023 Савельев В.С. "Неотложная абдоминальная хирургия", 2022, стр. 145-152 Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11), ВОЗ, 2023

		Примечание: для точного кодирования необходимо указать локализацию язвы по данным интраоперационной ревизии. 3.Критические ошибки на догоспитальном этапе: • Назначение анальгетиков до установки диагноза • Промедление с госпитализацией (>2 часов от момента появления боли) • Отказ от экстренного рентгенологического исследования • Неадекватная инфузионная подготовка перед транспортировкой • Попытки зондирования желудка при выраженном перитоните	
6.	Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать: Вопросы: 1) Анализ кала на скрытую кровь; 2) Контрастную рентгеноскопию желудка; 3) Анализ желудочного сока на скрытую кровь; 4) Фиброгастроскопию; 5) Определение гемоглобина и гематокрита.	Ответы: 4) Фиброгастроскопию;	Клинические рекомендации "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложненное течение" (Минздрава РФ, 2023).
7.	Острое расширение желудка может быть быстро распознано: Вопросы: 1) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении; 2) Лапароцентезом; 3) Назогастральной интубацией; 4) Перкуссией брюшной стенки; 5) Исследованием плазмы крови на серотонин.	Ответы: 1) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении;	Национальное руководство по хирургии, раздел "Острая непроходимость кишечника".2013.
8.	Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить: Вопросы: 1) Центральный рак легкого; 2) Доброкачественную опухоль (центрально); 3) Пневмонию; 4) Пневмоторакс; 5) Инородное тело.	Ответы: 1) Центральный рак легкого; 2) Доброкачественную опухоль (центрально);	Клинические рекомендации "Рак легкого".2025.
9.	В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:	Ответы: 2) Трансторакальную игловую биопсию;	Клинические рекомендации "Рак легкого".2025.

	Вопросы: 1) Бронхоскопию; 2) Трансторакальную игловую биопсию; 3) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии; 4) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки; 5) Исследование промывных вод при бронхоскопии		
--	---	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие критерии SOFA используют для диагностики сепсиса у послеоперационного больного? Приведите пример расчета баллов.	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)
2	Как интерпретировать показатели эндотоксикоза при панкреонекрозе?	Бэнкс П.А. "Острый панкреатит", 2020
3.	Обоснуйте выбор антибиотиков при послеоперационном перитоните.	Гельфанд Б.Р. "Антимикробная терапия в хирургии", 2021,
4.	Составьте диагностический алгоритм обследования при синдроме "острого живота" у пациента 70 лет.	Савельев В.С. "Дифференциальная диагностика в абдоминальной хирургии", 2022
5.	По каким критериям определить "группу риска" послеоперационных осложнений при холецистэктомии?	Гостищев В.К. "Риск-ориентированная хирургия", 2021

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка тяжести состояния при сепсисе Задание: У пациента после операции по поводу гангренозного аппендицита: температура 39.1°C, ЧДД 26/мин, АД 90/60 мм рт.ст. на вазопрессорах, лактат 3.8 ммоль/л, тромбоциты $85 \times 10^9/\text{л}$, билирубин 64 мкмоль/л. Вопрос: Рассчитайте баллы по шкале SOFA и определите стадию сепсиса. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо оценить?	Клинические рекомендации "Сепсис: классификация, диагностика, лечение"(2024)
2.	Интерпретация показателей эндотоксикоза Задание: У больного с разлитым перитонитом: лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 92%, лимфоциты 3%, СРБ 240 мг/л, среднемолекулярные пептиды 0.36 у.е. Вопрос: Оцените степень эндотоксикоза. Какие органы-мишени в первую очередь требуют мониторинга?	Черноусов А.Ф. "Гнойно-деструктивные процессы", 2021
3.	Назначение антибактериальной терапии Задание: Пациенту 55 лет с послеоперационным перитонитом после резекции кишки. Вопрос: Составьте схему эмпирической антибиотикотерапии. Какие ошибки в дозировании наиболее опасны?	Гельфанд Б.Р. "Антимикробная терапия в хирургии", 2022
4.	Дифференциальная диагностика Задание: Женщина 40 лет с болями в правом подреберье, билиру-	Гостищев В.К. "Предопе-

	бин 58 мкмоль/л, АЛТ 85 Ед/л, ЩФ 380 Ед/л. Вопрос: Составьте дифференциально-диагностический ряд. Какие инструментальные исследования необходимы?	рациональная подготовка", 2022,
5.	Задание: У больного диагностирован инфицированный панкреонекроз с абсцессом. Вопрос: Какие коды МКБ-11 использовать? Как правильно оформить сопутствующие диагнозы?	Международная классификация болезней 11-го пересмотра", ВОЗ, 2023.

Задания открытого типа ПК 6.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
4.1.	Подготовка к плановому грыжесечению у пациента 70 лет Данные: ИБС (стентирование 2 года назад), ХОБЛ, креатинин 150 мкмоль/л. Вопросы: 1. Какие консультации необходимы? 2. Как оценить операционный риск? 3. Какая профилактика тромбоэмболий?	Ответы: 1.Консультации: Кардиолог Пульмонолог Нефролог 2.Риск: Шкала Lee >3 балла POSPOM >15% 3.Профилактика: Эноксапарин Компрессионные чулки Ранняя активизация	Приказ Минздрава №124н "О порядке предоперационной подготовки", 2021
2.	Напряженный пневмоторакс у пациента с травмой Ситуация: После ДТП: одышка 40/мин, сатурация 82%, смещение трахеи, коробочный звук при перкуссии. Вопросы: 1. Какое неотложное мероприятие? 2. Какие инструменты нужны? 3. Какой последующий этап?	Ответы: 1.Действие: Экстренная торакоцентез во II межреберье 2.Дренаживание: Установка дренажа по Бюлау Rg-контроль	Клинические рекомендации "Торакальная травма", 2023.
3.	Желчнокаменная болезнь у женщины 40-50 лет Ситуация: Пациентка 45 лет с ожирением (ИМТ 32), двумя родами в анамнезе. Периодические боли в правом подреберье. Вопросы: 1. Какие факторы риска присутствуют? 2. Когда показана плановая холецистэктомия? 3. Какие альтернативные методы существуют?	Ответы: 1.Факторы: Женский пол Ожирение Множественные роды Возраст 40+ 2.Показания: Частые колики Холедохолитиаз Холецистит в анамнезе 3.Альтернатива: Урсодезоксихолевая кислота	Гальперин Э.И. "Хирургия желчных путей", 2020,
4.	Несостоятельность анастомоза после резекции кишки Ситуация: На 5-е сутки после операции: температура 39°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, из дренажа - кишечное содержимое. Вопросы: 1. Какие срочные мероприятия необходимы? 2. Как подтвердить диагноз? 3. Какие варианты лечения?	Ответы: 1.Действия: НКП (назогастральный зонд) Инфузионная терапия Антибиотики широкого спектра 2.Диагностика: КТ с контрастом Фистулография 3.Лечение: Релапаротомия с реанастомозом При перитоните - стома	Титов А.Ю. "Послеоперационные осложнения", 2022,
	Острый панкреатит у мужчины 35 лет	Ответы:	Бэнкс П.А. "Острый

5.	(алкогольный анамнез) Ситуация: Интенсивные опоясывающие боли, амилаза 1200 Ед/л, липаза 580 Ед/л. КТ: отек железы, участки некроза 30%. Вопросы: 1. Какие критерии тяжести использовать? 2. Когда нужны антибиотики? 3. Какое питание назначить?	1.Шкалы: BISAP ≥ 3 балла Ranson >3 балла КТ-индекс >6 баллов 2.Антибиотики: Карбапенемы 3.Питание: парентеральное 3-5 дней	панкреатит", 2021
6.	Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: Вопросы: 1. Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; 2. В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра; 3. В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра; 4. В любом из указанных мест.	Ответы: 2. В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра; 3. В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра	«Оперативная хирургия» под ред. В.К. Гостищева, 2016
7.	При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию: Вопросы: 1) Бибкока; 2) Нарата; 3) Маделунга; 4) Троянова-Тренделенбурга; 5) склерозирование или цианкрилатную облитерацию перфорантных вен под контролем УЗИ	Ответы: 5) склерозирование или цианкрилатную облитерацию перфорантных вен под контролем УЗИ	Клинические рекомендации "Хронические заболевания вен нижних конечностей" (Ассоциация флебологов России, 2025).
8.	При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются: Вопросы: 1) Сроком с момента прободения; 2) Степенью воспалительных изменений брюшины; 3) Величиной перфоративного отверстия; 4) Локализацией перфоративного отверстия;	Ответы: 2) Степенью воспалительных изменений брюшины;	1. Клинические рекомендации "Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложненное течение" (2020). 2. Приказ Минздрава России, регламентирующий порядок оказания помощи по профилю "хирургия".

	д) Возрастом больного.		
9.	При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные: Вопросы: 1) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки; 2) Поздней обращаемостью; 3) Возможностью психозов; 4) Возможностью суицидальных попыток; 5) Всем перечисленным.	Ответы: 1) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки;	Клинические рекомендации "Прободная язва желудка» 2025 г."
10.	Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: Вопросы: 1) Рвота; 2) Желудочное кровотечение; 3) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; 4) Частый жидкий стул; 5) Икота.	Ответы: 3) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;	1. Клинические рекомендации "Прободная язва желудка» 2025 г." 2. Учебник по неотложной хирургии (Савельев В.С. "Хирургические болезни").
11.	Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни: Вопросы: а) Остановившееся желудочное кровотечение; б) Перфоративная язва; в) Пенетрирующая язва; г) Стеноз выходного отдела желудка; д) Малигнизированная язва.	Ответы: б) Перфоративная язва;	1. Клинические рекомендации "Прободная язва желудка» 2025 г." 2. Учебник по неотложной хирургии (Савельев В.С. "Хирургические болезни").
12.	Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают: 1) Только дренирование плевральной полости; 2) Гемостатическую консервативную терапию; 3) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого; 4) Искусственную вентиляцию легких; 5) Экстраплевральный остеосинтез.	Ответы: 3) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого;	Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при травме живота, нижней части спины.» 2014 г.
13.	Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного	Ответы: 3) Ранение сердца;	Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при травме живота, нижней части спины.» 2014 г.

	звука. Можно предположить: 1) Ранение легкого; 2) Торакоабдоминальное ранение; 3) Ранение сердца; 4) Ранение крупных сосудов средостения; 5) Плевропульмональный шок.		
14.	Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить: 1) Внутрибрюшное кровотечение; 2) Разрыв легкого; 3) Тупую травму сердца; 4) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную; 5) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.	Ответы: 4) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную; 5) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.	1. Клинические рекомендации "Торакоабдоминальная травма", "Закрытая травма груди". 2. Национальное руководство по торакальной хирургии и хирургии повреждений.
15.	У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять: 1) Дренирование плевральной полости справа; 2) Дренирование обеих плевральных полостей; 3) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки; 4) Насечки на коже грудной клетки и шеи;	Ответы: 3) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки; 4) Насечки на коже грудной клетки и шеи;	1. Клинические рекомендации "Торакоабдоминальная травма", "Закрытая травма груди". 2016 г. 2. Национальное руководство по торакальной хирургии и хирургии повреждений. 2016 г.
16. 17.	Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является: 1) Пневмоторакс; 2) Свернувшийся гемоторакс; 3) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость; 4) Проникающее ранение грудной клетки; 5) Гемопневмоторакс. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является: 1) Гемостатическая терапия; 2) Искусственный пневмоторакс; 3) Пневмоперитонеум; 4) Тампонада дренирующего бронха; 5) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.	Ответы: 3) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость; Ответы: 4) Тампонада дренирующего бронха; 5) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.	1. Клинические рекомендации "Торакоабдоминальная травма", "Закрытая травма груди". 2016 г. 2. Национальное руководство по торакальной хирургии и хирургии повреждений. 2016 г.
18.	Достоверным признаком легочного кровотечения является:	Ответы: 1) Выделение крови изо рта;	1. Клинические рекомендации "Абсцесс и

	1) Выделение крови изо рта; 2) Кашель с выделением алой пенистой крови; 3) Наличие затемнения в легком; 4) Наличие экссудата в плевральной полости; 5) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии.	2) Кашель с выделением алой пенистой крови; 5) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии.	гангрена легкого". 2. Национальное руководство по торакальной хирургии. 2016 г.
19.	Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует: 1) Применять массивные гемостатические средства; 2) Применять гипотензивные средства; 3) Вводить малые гемостатические дозы крови; 4) Ввести зонд Блек - Мора;	Ответы: 4) Ввести зонд Блек - Мора;	Клинические рекомендации "Портальная гипертензия". 2014.
20.	При ранении воротной вены выполняет: 1) Перевязка воротной вены; 2) Создание соустья с селезеночной веной; 3) Наложение сосудистого шва; 4) Операция Экка; 5) Резекция воротной вены.	Ответы: 3) Наложение сосудистого шва;	Национальное руководство по сосудистой хирургии и хирургии повреждений. 2022 г.
21.	Для флегмоны характерно все перечисленное 1). Общее недомогание; 2). Повышение температуры тела; 3). Локальная болезненность; 4). Локальная гиперемия кожи; 5). Полость с гноем, окруженная капсулой.	Ответы: 1). Общее недомогание; 2). Повышение температуры тела; 3). Локальная болезненность; 4). Локальная гиперемия кожи;	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign. 3. Учебники по гнойной хирургии (В.К. Гостищев).
22.	Возбудителем гидраденита чаще всего является: 1) Стрептококк; 2) Протей; 3) Стафилококк; 4) Синегнойная палочка; 5) Кишечная палочка.	Ответы: 1) Стрептококк; 3) Стафилококк;	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
23.	При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1). Строгий постельный режим; 2). Широкое раскрытие гнойного очага; 3). Пища в жидком состоянии; 4). Инфузионная дезинтоксикационная терапия.	Ответы: 2). Широкое раскрытие гнойного очага; 4). Инфузионная дезинтоксикационная терапия.	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
24.	Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: 1. Гнойный медиастенит; 2. Гнойный менингит; 3. Сдавление дыхательных путей; 4. Прорыв гноя в пищевод; 5. Сепсис.	Ответы: 1. Гнойный медиастенит; 2. Гнойный менингит; 3. Сдавление дыхательных путей; 4. Прорыв гноя в пищевод; 5. Сепсис.	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
25.	Операцию артротомии при гнойном артрите производят: 1) При обширном разрушении суставных концов костей;	Ответы: 2) При многократных вторичных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта;	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные

	2) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта; 3) При наличии гноя в полости сустава; 4) При разрушении связочного аппарата сустава; 5) При резко выраженном болевом синдроме.	та; 3) При наличии гноя в полости сустава;	рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
26.	Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. Ушибленной раны головы; 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени; 3. Остром гангренозном аппендиците; 4. Открытом переломе плеча; 5. Закрытом переломе голени.	Ответы: 1. Ушибленной раны головы; 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени; 4. Открытом переломе плеча;	Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика столбняка".
27.	Для септикопиемии характерны: 1) Общая слабость, истощение организма; 2) Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани; 3) Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов; 4) Гектическая температура; 5) Относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.	Ответы: 1) Общая слабость, истощение организма; 2) Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани; 4) Гектическая температура;	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
28.	При наличии поддиафрагмального абсцесса показана: 1) Срочная операция - вскрытие абсцесса; 2) Пункция абсцесса; 3) Наблюдение; 4) Консервативная терапия; 5) Лапароскопия.	Ответы: 2) Пункция абсцесса; 4) Консервативная терапия;	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
29.	Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при: 1) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка 2) Местном перитоните в правой подвздошной области 3) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка 4) Медиальном расположении червеобразного отростка д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.	Ответы: 3) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
30.	К осложнениям сепсиса относятся: 1. Септические кровотечения; 2. Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов; 3. Асцит, анасарка; 4. Септический эндокардит; 5. Пневмония.	Ответы: 1. Септические кровотечения; 2. Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов; 4. Септический эндокардит; 5. Пневмония	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.
31.	К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. Вскрытие гнойного очага; 2. Ограниченное введение жидкости; 3. Внутримышечное введение антибиотиков; 4. Переливание крови; 5. Введение витаминов.	Ответы: 1. Вскрытие гнойного очага; 2. Ограниченное введение жидкости; 3. Внутримышечное введение антибиотиков; 5. Введение витаминов.	1. Клинические рекомендации "Сепсис", "Флегмоны", "Абсцессы". 2. Международные рекомендации Surviving Sepsis Campaign.

32.	Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбоз: 1) Лицевых вен; 2) Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза; 3) Глубоких вен верхних конечностей; 4) Поверхностных вен нижних конечностей; 5) Поверхностных вен верхних конечностей.	Ответы: 2) Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза;	1. Клинические рекомендации "Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)". 2. КР "Хронические заболевания вен" (АФР, 2025). 3. Международные рекомендации АССР или ESC.
33.	Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны : 1) Резкий отек нижней конечности; 2) Некроз пальцев стоп; 3) Похолодание стопы; 4) Симптом перемежающейся хромоты; 5) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.	Ответы: 1) Резкий отек нижней конечности;	1. Клинические рекомендации "Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)". 2. КР "Хронические заболевания вен" (АФР, 2025). 3. Международные рекомендации АССР или ESC.
34.	Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. Повышение фибринолитической активности; 2. Ожирение; 3. Гиподинамия; 4. Онкологические заболевания; 5. Ишемическая болезнь сердца	Ответы: 1. Повышение фибринолитической активности; 2. Ожирение; 3. Гиподинамия; 4. Онкологические заболевания;	1. Клинические рекомендации "Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)". 2. КР "Хронические заболевания вен" (АФР, 2025). 3. Международные рекомендации АССР или ESC.
35.	При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано: а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия; б) Сафенэктомию по комбинированной методике; в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную; г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок; д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.	Ответы: а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия; б) Сафенэктомию по комбинированной методике;	1. Клинические рекомендации "Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО)". 2. КР "Хронические заболевания вен" (АФР, 2025). 3. Международные рекомендации АССР или ESC.

Вопросы для развернутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Острый аппендицит у детей и пожилых: диагностические особенности	1.Исаков Ю.Ф. "Детская хирургия", 2021, 2.Литвинов А.В. "Гериатрическая хирургия", 2022,
2	Эпидемиология желчнокаменной болезни	Гальперин Э.И. "Хирургия желчных путей", 2020
3.	Дифференциальная диагностика кишечной непроходимости	Савельев В.С. "Неотложная абдоминальная хирургия", 2021, Клинические рекомендации
4.	Ведение несостоятельности анастомоза	Титов А.Ю. "Послеоперационные осложнения", 2022

5.	Подготовка к экстренной операции Ситуация: Пациент 72 лет с прободной язвой желудка, ИБС, ХОБЛ. Вопрос: Составьте план предоперационной подготовки с учетом сопутствующей патологии.	Приказ Минздрава №124н, 2021
----	---	------------------------------

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка тяжести состояния при остром холецистите у пожилых Задание: Пациентка 75 лет с ЖКБ, температура 37.8°C, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, билирубин 45 мкмоль/л. АД 100/60 мм рт.ст. Действия: 1. Рассчитайте баллы по шкале Tokyo Guidelines 2018 2. Определите показания к экстренной операции 3. Оцените анестезиологический риск (ASA)	Tokyo Guidelines 2018 (Journal of Hepatobiliary Pancreatic Sciences) Приказ Минздрава №173н "О порядке оказания хирургической помощи", 2022
2.	Неотложная помощь при травматическом пневмотораксе Задание: Пациент 30 лет после падения с высоты, ЧДД 32/мин, сатурация 88%, подкожная эмфизема справа. Действия: 1. Выполните экстренную декомпрессию (описание техники) 2. Подготовьте и опишите набор для дренирования плевральной полости 3. Назначьте обезболивающую терапию	ATLS Manual, 10th Edition, 2022 Клинические рекомендации "Торакальная травма", 2023
3.	Ведение послеоперационной раневой инфекции Задание: На 5-е сутки после аппендэктомии: гиперемия раны, гнойное отделяемое, температура 38.1°C. Действия: 1. Определите тактику местного лечения 2. Назначьте эмпирическую антибиотикотерапию 3. Укажите сроки нетрудоспособности	WHO Guidelines on SSI Prevention, 2022 Брискин Б.С. "Раневые инфекции", 2021,
4.	Острый панкреатит с полиорганной недостаточностью Ситуация: Мужчина 45 лет, алкогольный анамнез, боли в эпигастрии, амилаза 1200 Ед/л, креатинин 210 мкмоль/л, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2=180$. Действия: 1. Оцените тяжесть по шкале BISAP 2. Определите показания к КТ 3. Составьте план инфузионной терапии	AP/APA Guidelines 2021 Бэнкс П.А. "Острый панкреатит", 2022,
5.	Дифференциальная диагностика абдоминального синдрома у детей Задание: Ребенок 5 лет с болями в животе, температурой 38.5°C, жидким стулом 3 раза. Действия: 1. Проведите дифференциальную диагностику 2. Назначьте алгоритм обследования 3. Определите "красные флаги" для экстренной госпитализации	Исаков Ю.Ф. "Детская хирургия", 2021, ESPGHAN Guidelines 2022

Задания открытого типа ПК 8.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
5. 1.	Санаторно-курортное лечение после инфаркта миокарда Ситуация: Мужчина 58 лет, перенесший Q-образующий инфаркт миокарда 3 месяца назад. ФВ ЛЖ 45%. Нет стенокардии покоя,	Ответ: 1.Показания: Стабильное состояние 2.Рекомендуемый курорт: Кардиологические санатории Кисловодска	Приказ Минздрава №1008н "О порядке санаторно-курортного лечения", 2022

	АД стабильное 130/80 мм рт.ст. Задания: 1. Определите показания/противопоказания к санаторному лечению 2. Подберите оптимальный курорт 3. Составьте программу реабилитации	3.Программа: Дозированная ходьба Школа для пациентов с ИБС.	
2.	Элиминационная терапия при эндотоксикозе Ситуация: Пациент 45 лет с алкогольным панкреатитом, лактат 3.5 ммоль/л, билирубин 58 мкмоль/л. Задания: 1. Подберите методы элиминационной терапии 2. Рассчитайте объем форсированного диуреза 3. Определите противопоказания	Ответ: 1.Методы: Плазмаферез Гемосорбция Энтеросорбция 2.Форсированный диурез: Фуросемид Мониторинг K^+, Na^+ 3.Противопоказания: Гиповолемия ОПП Кровотечения ЖКТ	Клинические рекомендации "Острый панкреатит", 2023.
3.	Реабилитация при остеоартрозе Ситуация: Женщина 62 лет с гонартрозом II ст., ИМТ 28, болевой синдром 45 мм по ВАШ. Задания: 1. Подберите курортный фактор 2. Составьте комплекс ЛФК 3. Укажите сроки лечения	Ответ: 1.Курортные факторы: Грязевые аппликации Сероводородные ванны Подводный душ-массаж 2.ЛФК: Изометрические упражнения Аквааэробика 4. 18-21 день	Приказ МЗ РФ №902н "О реабилитации при заболеваниях суставов", 2021
4.	Санаторное лечение оперированного больного с паховой грыжей с сопутствующей патологией ХОБЛ Ситуация: Мужчина 55 лет, ХОБЛ GOLD II, FEV1 65%, курит 20 лет. Задания: 1. Определите показания и ограничения 2. Подберите климатическую зону 3. Назначьте физиотерапию	Ответ: 1.Показания: Стабильное течение 2.Противопоказания: Легочное сердце в стадии декомпенсации ДН III ст. 3.Курорты: Крым Противопоказаны высокогорные 4.Физиотерапия: Галотерапия Ингаляции щелочные Дыхательная гимнастика по Стрельниковой.	GOLD Guidelines 2023 Приказ Минздрава №1008н, приложение 12
5.	Реабилитация после эндопротезирования ТБС Ситуация: Женщина 68 лет через 2 мес после тотального эндопротезирования, болевой синдром 30 мм по ВАШ, ограничение отведения бедра. Задания: 1. Определите этап реабилитации 2. Составьте программу санаторного лечения 3. Укажите критерии эффективности	Ответ: 1.Этап: Поздний послеоперационный Цели: восстановление объема движений 2.Программа: Грязелечение, ЛФК, Электростимуляция четырехглавой мышцы 3.Критерии: Снижение боли на 50% по ВАШ Возможность ходьбы без опоры >30 мин.	AAOS Guidelines 2022 Методические рекомендации МЗ РФ №15-4/10/2-389, 2021

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Каковы современные подходы к санаторной реабилитации пациентов после лапароскопической холецистэктомии? Опишите показания, противопоказания и основные методы лечения.	Клинические рекомендации МЗ РФ "Реабилитация после холецистэктомии", 2023 Методичка "Курортное лечение болезней ЖКТ", Иванов А.А., 2022
2	Опишите современные методы элиминационной терапии при разлитом перитоните. Как оценить эффективность проводимой детоксикации?	Национальное руководство "Неотложная абдоминальная хирургия", Савельев В.С., 2022,
3.	Разработайте дифференцированный алгоритм санаторной реабилитации для пациента со спячной болезнью брюшины после перенесенного перитонита.	клинические рекомендации "Спаячная болезнь", 2023
4.	В чем заключаются различия в санаторных программах для пациентов с: хроническим панкреатитом в ремиссии; состоянием после некрэктомии поджелудочной железы?	Приказ МЗ РФ №1008н, Приложение 9 "Панкреатиты", 2022
5.	Комплексная реабилитация после операций на кишечнике	"Реабилитация в абдоминальной хирургии", Беловусова Е.А., 2022

Формирование практический навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Определение показаний к санаторному лечению после аппендэктомии Клиническая ситуация: Пациент 25 лет, 3 недели назад перенес лапароскопическую аппендэктомию по поводу флегмонозного аппендицита. Жалобы на периодические тянущие боли в правой подвздошной области. Задание: 1. Определите показания/противопоказания к санаторному лечению 2. Подберите оптимальные физиотерапевтические методы 3. Составьте план диспансерного наблюдения	Приказ МЗ РФ №124н "О порядке реабилитации", 2022 "Физиотерапия в хирургии", Петров В.И., 2021
2.	Проведение элиминационной терапии при перитоните Клиническая ситуация: Пациент 50 лет после операции по поводу перфоративной язвы, явления эндотоксикоза (лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, мочевины 12 ммоль/л). Задание: 1. Составьте схему детоксикации 2. Рассчитайте объем инфузионной терапии 3. Определите критерии эффективности	Национальное руководство "Неотложная хирургия", Савельев В.С., 2022 Протоколы детоксикации RCOG, 2021
3.	Разработка индивидуальной санаторной программы Клиническая ситуация: Пациентка 60 лет через 4 мес после резекции сигмовидной кишки по поводу дивертикулеза. Склонность к запорам. Задание: 1. Подберите курортный профиль 2. Составьте план процедур 3. Укажите противопоказанные методы	Методические рекомендации "Реабилитация в колопроктологии", 2023 Приказ МЗ РФ №1008н, Приложение 5
4.	Оценка готовности пациента к санаторному лечению после резекции кишечника Клиническая ситуация:	Клинические рекомендации "Болезнь Крона", 2023 "Реабилитация в абдоминальной хирургии", Бело-

	Пациент 58 лет через 2 месяца после резекции тонкой кишки по поводу болезни Крона. Жалобы на слабость, периодические боли в животе, частый стул (3-4 раза в день). Задания: 1. Проведите оценку готовности к санаторному лечению 2. Определите необходимые предварительные исследования 3. Составьте перечень ограничений для курортного лечения	усова Е.А., 2022
5.	Применение энтеросорбции в комплексной детоксикации Клиническая ситуация: Пациент 45 лет с послеоперационным парезом кишечника после лапаротомии. Явления эндотоксикоза (тошнота, слабость, лактат 3.2 ммоль/л). Задания: 1. Подберите оптимальный энтеросорбент 2. Разработайте схему применения 3. Определите критерии эффективности	"Экстракорпоральная детоксикация", Петров С.В., 2021 Протоколы ESPEN по послеоперационному ведению, 2022

Задания открытого типа ПК 9.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6. 1.	Профессиональные факторы и язвенная болезнь Ситуация: Мужчина 45 лет, водитель дальнбойщик с 15-летним стажем, обратился с жалобами на "голодные" боли в эпигастрии. Работает по 12 часов в сутки, питается в придорожных кафе, курит (1 пачка/день). ЭГДС: язва луковицы ДПК 0.8 см. Задания: 1. Выявите профессиональные и экологические факторы риска 2. Составьте план беседы о модификации образа жизни 3. Дайте рекомендации по профилактике обострений	Ответ: 1.Факторы риска: Нерегулярное питание Стресс, Курение, фастфуд 2.План беседы: Объяснить связь профессии и заболевания Отказ от курения 3.Профилактика: Прием ИПП, ФГДС	Клинические рекомендации "Язвенная болезнь» 2023
2.	Экология и рак толстой кишки Ситуация: Житель промышленного города с высоким уровнем загрязнения атмосферы. В семье 3 случая колоректального рака. Работает на металлургическом заводе 20 лет. Задания: 1. Оцените экологические и наследственные риски 2. Разработайте индивидуальную программу скрининга 3. Дайте рекомендации по снижению рисков	Ответ: 1.Факторы риска: Воздействие тяжелых металлов, Полициклические ароматические углеводороды, Наследственность 2.Скрининг: Колоноскопия с 35 лет Ежегодный тест на скрытую кровь Генетическое тестирование 3.Рекомендации: Диета с высоким содержанием клетчатки Курсы энтеросорбентов	Национальные рекомендации по колоректальному раку, 2023
3.	Вредные привычки и панкреатит Ситуация: Женщина 38 лет, менеджер, злоупотребляет алкоголем (150 мл крепкого алкоголя ежедневно после работы), курит. Госпитализирована с острым алкогольным панкреатитом. Задания: 1. Проведите мотивационную беседу	Ответ: 1.Беседа по методике "5А": Ask (выявить уровень зависимости) Advise (конкретные риски: 80% риск хронизации) Agree (совместно поставить цели)	Guidelines on Alcohol-Related Disorders, EASL, 2022 Методика мотивационного консультирования MI, Miller & Rollnick, 2021

	2. Разработайте этапный план отказа от вредных привычек 3. Обучите самоконтролю	2.План отказа: Неделя 1-2: снижение дозы до 50 мл/день Неделя 3-4: переход на сухое вино 150 мл С 5 недели: полный отказ 3.Самоконтроль:	
4.	Профилактика профессионального варикоза Ситуация: Продавец 40 лет, стоит по 10 часов в день, ИМТ 29. Начальные признаки варикоза (тяжесть в ногах, сосудистые звездочки). Задания: 1. Оцените профессиональные риски 2. Проведите обучающую беседу 3. Продемонстрируйте упражнения	Ответ: 1.Риски: Длительное стояние, Гиподинамия, Избыточный вес 2.Беседа: Объяснить механизм развития варикоза Рекомендовать: Компрессионный трикотаж 3.Упражнения:	"Флебология для среднего медперсонала", Савельев В.Ю., 2022
5.	Влияние экологии на желчнокаменную болезнь Ситуация: Жительница сельской местности с высоким содержанием пестицидов в воде. У 4 соседей ЖКБ. У пациентки обнаружены холестериновые камни. Задания: 1. Объясните связь экологии и ЖКБ 2. Дайте рекомендации по очистке воды 3. Составьте памятку по питанию	Ответ: 1.Механизм влияния: Пестициды, Дисбиоз кишечника 2.Рекомендации: Установка фильтров с активированным углем Кипячение воды 3.Памятка: Ограничить Животные жиры, Консерванты	Клинические рекомендации по ЖКБ, 2025

Вопросы для развернутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие профессиональные факторы способствуют развитию язвенной болезни желудка и ДПК? Опишите патогенетические механизмы их влияния и меры профилактики.	Клинические рекомендации "Профессиональные заболевания ЖКТ", 2023
2	Какие экзогенные канцерогены окружающей среды повышают риск колоректального рака? Опишите механизмы их действия и методы первичной профилактики.	Клинические рекомендации по профилактике колоректального рака, 2023
3.	Как современные урбанистические привычки (гиподинамия, фастфуд) способствуют развитию ЖКБ? Предложите комплексную программу профилактики.	"Профилактическая гастроэнтерология", Ивашкин В.Т., 2021
4.	Какие профессии относятся к группе высокого риска по развитию варикоза? Опишите патогенез и современные методы профилактики.	"Профессиональная флебология", Савельев В.Ю., 2022
5.	Какие токсины могут провоцировать развитие острого панкреатита? Опишите механизмы повреждения поджелудочной железы и меры защиты.	"Экотоксикология панкреатита", Губергриц Н.Б., 2021

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка профессиональных рисков развития варикозной болез-	Рекомендации Ассоциа-

	ни у работников "стоячих" профессий Ситуация: Медсестра хирургического отделения, 38 лет, стаж работы 15 лет. Ежедневно проводит по 6-8 часов в операционной стоя. Жалобы на тяжесть в ногах к концу смены, отечность голеней, появление сосудистых "звездочек". Задание: 1. Проведите оценку профессиональных рисков 2. Демонстрируйте технику применения компрессионного трикотажа 3. Обучите комплексу профилактических упражнений	ции флебологов России, 2025 "Профессиональные заболевания вен", Савельев В.Ю., 2022
2.	Проведение профилактической беседы о рисках ЖКБ при работе в ночную смену Ситуация: Фабричный рабочий 42 лет, работает в ночные смены (с 22:00 до 6:00) 4 раза в неделю. Питается 1 раз в смену фастфудом. УЗИ: признаки билиарного сладжа. Задание: 1. Проведите мотивационную беседу 2. Составьте индивидуальный план питания 3. Обучите самодиагностике ранних симптомов	Европейские рекомендации по профилактике ЖКБ, 2023
3.	Оценка экологических рисков развития рака мочевого пузыря Ситуация: Мужчина 50 лет, 25 лет работает маляром. Контактует с анилиновыми красителями. Обратился с жалобами на гематурию. Задание: 1. Проведите оценку профессионального риска 2. Составьте план обследования 3. Дайте рекомендации по профилактике	Профессиональные онкориски, МЗ РФ, 2023
4.	Оценка и коррекция факторов риска развития послеоперационных осложнений у курильщиков Ситуация: Пациент 50 лет, курит 1,5 пачки/день в течение 30 лет. Госпитализирован для плановой герниопластики. Задание: 1. Оцените степень операционного риска 2. Проведите мотивационную беседу по отказу от курения 3. Составьте план предоперационной подготовки	Клинические рекомендации "Периоперационное ведение курильщиков", 2023
5.	Профилактика профессионального дерматита у медицинского персонала Ситуация: Медсестра процедурного кабинета, 35 лет. После 10 лет работы появились сухость, трещины и покраснение кожи кистей. Задание: 1. Проведите оценку факторов риска 2. Демонстрируйте технику обработки рук 3. Составьте программу ухода за кожей	"Профессиональные дерматозы медработников", Скрипкин Ю.К., 2022

Задания открытого типа ПК 10.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
7.1.	Организация хирургического кабинета поликлиники Ситуация: Вновь назначенный заведующий хирургическим кабинетом городской поликлиники обнаружил: отсутствие графика	Ответ: 1. Нормативные документы: Приказ Минздрава №381н "Об утверждении порядка оказания хирургической	Приказ Минздрава РФ №381н от 15.04.2023 СанПиН 2.1.3.2630-10 (ред. 2023)

	работы, несоответствие оборудования нормам, нарушения в ведении медицинской документации. Задания: 1. На основании каких нормативных документов необходимо организовать работу кабинета? 2. Составьте обязательный перечень оборудования 3. Разработайте график работы с учетом нагрузки	помощи" (2023) 2.Оборудование: Хирургический стол Стерилизатор воздушный Набор для малых операций 3.График работы:	
2.	Организация стационарного хирургического отделения Ситуация: В связи с реорганизацией больницы требуется перепрофилировать 30 коек в хирургическое отделение. Задания: 1. Рассчитайте необходимый штат согласно нормативам 2. Составьте план оснащения палат 3. Определите порядок взаимодействия с поликлиникой	Ответ: 1.Штатное расписание (на 30 коек): Врачи: 4 ставки (1 зав. отделением, 3 хирурга) 2.Оснащение палат: Функциональные кровати с противопролежневыми матрасами (100%) Кислородные точки у каждой кровати 3.Взаимодействие с поликлиникой:	Приказ Минздрава №158н "О штатных нормативах хирургических отделений" (2023) ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан", ст. 37
3.	Ведение медицинской документации Ситуация: При проверке обнаружены нарушения: отсутствие подписей в журнале стерилизации, неполные записи в историях болезни. Задания: 1. Перечислите обязательные документы хирургического кабинета 2. Составьте инструкцию по заполнению журнала стерилизации 3. Определите ответственность за нарушения	Ответ: 1.Обязательная документация: Журнал учета операций (форма 003/у) Журнал стерилизации (форма 256/у) Журнал учета наркотических средств 2.Правила ведения журнала стерилизации: Запись сразу после каждой стерилизации Указание: даты, названия инструментов, метода стерилизации, ФИО ответственного Хранение 3 года 3.Ответственность: Дисциплинарная (выговор)	Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения медицинской документации" КоАП РФ, ст. 6.3 "Нарушение санитарно-эпидемиологических требований"
4.	Организация работы дневного стационара Ситуация: Требуется организовать дневной хирургический стационар на 10 коек в поликлинике. Задания: 1. Рассчитайте необходимое количество персонала 2. Составьте перечень разрешенных манипуляций 3. Определите порядок направления пациентов	Ответ: 1.Штат: 1 хирург (0,75 ставки) 1 медсестры 1 санитарка 2.Разрешенные манипуляции (согласно Приказу №381н): Вскрытие абсцессов Первичная хирургическая обработка ран Удаление доброкачественных образований до 2 см 3.Порядок направления: По направлению участкового терапевта После предоперационного обследования (ОАК, ЭКГ, коагулограмма)	Приказ Минздрава №543н "Об организации дневных стационаров" СанПиН 2.1.3.2630-10, раздел VIII

		Запись через электронную регистратуру	
5.	Ситуация: В хирургическом отделении городской больницы требуется реорганизовать работу перевязочного кабинета. Существующие проблемы: отсутствие зонирования, нарушение цикличности потоков, дефицит расходных материалов. Задания: 1. На основании каких нормативных документов необходимо организовать работу перевязочного кабинета? 2. Разработайте схему зонирования кабинета 3. Составьте график санитарной обработки	Ответ: 1.Нормативные документы: СанПиН 2.1.3.2630-10 Приказ Минздрава №381н "Об утверждении порядка оказания хирургической помощи" (Приложение 5) СП 3.5.1378-03 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекционных мероприятий" 2.Схема зонирования: Чистая зона Грязная зона Зона хранения стерильных материалов Зона для проведения перевязок Санпропускник для персонала 3.График обработки: Влажная уборка 3 раза в день Дезинфекция поверхностей после каждой перевязки Генеральная уборка 1 раз в неделю Бактериологический контроль 1 раз в месяц	Приказ Минздрава №381н от 15.04.2023 Методические рекомендации "Организация работы перевязочного кабинета", МЗ РФ, 2022

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие основные нормативные документы регламентируют работу хирургического кабинета поликлиники? Опишите требования к помещению, оборудованию и документации.	Приказ Минздрава РФ №381н от 15.04.2023
2	Каковы нормативные требования к организации хирургического стационара на 30 коек? Опишите штатные нормативы, оснащение и порядок взаимодействия с поликлиникой.	Приказ Минздрава РФ №158н "О штатных нормативах" (2023)
3.	Каковы современные требования к ведению медицинской документации в хирургическом стационаре? Опишите порядок заполнения и хранения основных документов.	ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья"
4.	Каковы особенности организации работы дневного хирургического стационара в поликлинике? Опишите нормативные требования к помещению, штату и перечню разрешенных вмешательств.	Приказ Минздрава №543н от 12.08.2022 Методические рекомендации по дневным стационарам, МЗ РФ 2023
5.	Каковы современные нормативные требования к организации и работе перевязочного кабинета в хирургическом стационаре? Опишите: 1. Требования к помещениям и их оснащению 2. Режим работы и график санитарной обработки 3. Особенности ведения документации 4. Требования к персоналу	1. СанПиН 2.1.3.2630-10 2. Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения медицинской документации"

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Организация работы перевязочного кабинета в хирургическом отделении Вопрос: Каковы современные нормативные требования к организации и работе перевязочного кабинета в хирургическом стационаре? Опишите: 1. Требования к помещениям и их оснащению 2. Режим работы и график санитарной обработки 3. Особенности ведения документации 4. Требования к персоналу	
2.	Ситуация: Вам необходимо организовать работу хирургического кабинета в новой поликлинике. Помещение площадью 18 м² требует оснащения и организации работы в соответствии с нормативными требованиями. Задание: 1. Составьте перечень обязательного оборудования 2. Разработайте график работы 3. Оформите схему зонирования помещения 4. Составьте список обязательной документации	Приказа МЗ №381н ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья"
3.	Ситуация: Требуется организовать хирургическое отделение на 30 коек в новом корпусе больницы. Задание: 1. Рассчитайте штатную численность 2. Составьте план оснащения палат 3. Разработайте схему взаимодействия с другими отделениями	Приказ Минздрава №158н от 05.09.2022 Клинические рекомендации, 2023
4.	Оптимизация документооборота в хирургическом кабинете Рекомендации: 1. Внедрите электронный журнал учета: Используйте медицинскую информационную систему (МИС) для автоматического формирования: Журнала оперативных вмешательств Учета перевязок Контроля стерильности Пример: модуль "Хирургия" в МИС "БАРС" или "1С:Медицина" 2. Организуйте документооборот по принципу "одного окна": Все направления и выписки формируются в одном месте Сканирование документов сразу после заполнения Электронная подпись врача 3. Ежедневный контроль: Назначьте ответственного за проверку полноты заполнения В конце рабочего дня - сверка электронных и бумажных носителей	Приказ Минздрава №173н "О порядке ведения меддокументации"
5.	Организация инфекционного контроля в перевязочном кабинете Рекомендации: 1. Внедрите цветовое кодирование зон: Красный - для гнойных перевязок Зеленый - для чистых ран Синий - для хранения стерильных материалов 2. Усовершенствуйте процесс обработки инструментов: Используйте одноразовые наборы где возможно Для многоразовых инструментов: Предстерилизационная очистка в ультразвуковой ванне Стерилизация в автоклаве класса В (134°C, 5,5 атм) 3. Контроль качества: Еженедельные смывы на стерильность Ведение журнала контроля параметров стерилизации Обязательная маркировка стерильных упаковок (дата, срок годности)	СанПиН 2.1.3.2630-10

Банк ситуационных клинических задач (примеры).

Заболевания брюшной полости	ЗАДАЧА № 1 В приемное отделение доставлена 28-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела. Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было. При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза? Лечебная тактика. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? Какова летальность при данной болезни? Какие осложнения встречаются при данном заболевании? Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика? Решение задачи: Диагноз: Острый аппендицит (Тазовое расположение червеобразного отростка). Боли в правой подвздошной и надлобковой областях, учащенное мочеиспускание, тошнота и субфебрилитет возможны при остром аппендиците с тазовым расположением червеобразного отростка (тазовый аппендицит), остром цистите, аднексите, апоплексии яичника, инфекции половых органов, мочекаменной болезни. Для уточнения диагноза следует провести ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, что позволит исключить тазовый острый аппендицит и	Клинические рекомендации: «Острый аппендицит у взрослых» 2023 г.
--	--	--

	выяснить состояние придатков матки. При ректальном исследовании возможно определение болезненности передней стенки прямой кишки справа. При влагалищном исследовании задний свод может выбухать. Общий анализ крови позволяет определить умеренный лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилов. СОЭ повышено. Общий анализ мочи позволит исключить патологию мочевыводящих путей и почек. На данный момент наилучшим методом диагностики (в т.ч. и дифференциальной) является лапароскопия. Данный диагноз является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В настоящее время применяют открытую и лапароскопическую аппенэктомию. При открытой используют косой переменный доступ по Волковичу-Дьяконову, продольный – Ленандера, поперечный – Шпренгеля. Возможно антеградное и ретроградное удаление отростка. Культи обрабатывается погружным или лигатурным способом. В данной ситуации следует удалить червеобразный отросток через нижний срединный лапаротомический доступ, позволяющий провести хорошую ревизию, а при необходимости санировать и адекватно дренировать малый таз. Возможна и лапароскопическая аппендэктомия, но риск недостаточного дренирования с последующим образованием абсцессов выше. Острый аппендицит – это полиэтиологическое заболевание. Единой общепризнанной теории развития острого аппендицита не существует. Бесспорным является полимикробный характер поражения, особенно на фоне обтурации просвета червеобразного отростка (гиперплазия лимфоидных фолликулов, каловые камни) /инфекционная и механическая теории/. Согласно нервно-сосудистой теории, многообразные патологические влияния, нейрогенным путем могут вызывать мышечный и сосудистый спазм червеобразного отростка. По аллергической теории, аллергия в качестве патогенного фактора проявляется первоначально как местная сосудистая реакция, на фоне которой затем возникают дистрофические расстройства. Под влиянием перечисленных факторов начинается серозное воспаление. При этом еще больше нарушается микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов. Повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате серозное воспаление сменяется деструктивными формами и развиваются осложнения. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних лет стабильна и составляет 0,11-0,3%. При наличии осложнений эти цифры возрастают. При остром аппендиците возможны следующие осложнения: аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), распространенный и местный перитонит, пилефлебит. После аппендэктомии возможны следующие осложнения: перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного	
--	---	--

	отростка; абсцессы и гнойники брюшной полости чаще вследствие перитонита; кишечные свищи; кровотечение, как в зоне операции, так и в брюшную полость; острая послеоперационная кишечная непроходимость; раневые осложнения (нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ). Соответственно, своевременное выявление патологии и ее диагностика, бережное манипулирование с тканями, адекватная антимикробная терапия способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений. ЗАДАЧА № 2 Больной 41 года был прооперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция прошла без осложнений. Послеоперационная рана ушита наглухо. В первые сутки после операции у больного появилась слабость, головокружение, однократная рвота, не приносящая облегчения. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серо-белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, вздут, болезненный в области послеоперационной раны. При перкуссии в отлогих местах определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно выслушивается ослабленные кишечные шумы. Положительный симптом Куленкампа. Общий анализ крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$. Гемоглобин - 72 г/л. Гематокрит – 32%. Вопросы: Ваш диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Назовите возможные причины возникновения данного осложнения у больного? С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данного осложнения? Каковы особенности ведения послеоперационного периода? Решение задачи: По-видимому, произошло внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Это подтверждает клиническая и лабораторная картина. Можно провести УЗИ-исследование брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости (крови). Причиной кровотечения может быть соскочившая лигатура с брыжейки червеобразного отростка, неадекватный гемостаз, технические погрешности операции (небрежное, травматичное обращение с тканями). Дифференциальную диагностику следует проводить с различными осложнениями раннего послеоперационного периода (гематома со стороны послеоперационной раны, инфильтрат последней, кровотечение из раны брюшной стенки, кровотечения в свободную брюшную полость (не из брыжейки червеобразного отростка). Следует в экстренном порядке провести релапарото-	Клинические рекомендации: «Острый аппендицит у взрослых» 2023 г.
--	--	---

	мию. После релапаротомии и ревизии органов брюшной полости, поиск источника кровотечения с дальнейшим адекватным гемостазом и ушиванием раны. В послеоперационном периоде следует проводить динамическое наблюдение за пациентом с коррекцией нарушений функций организма на фоне кровопотери. ЗАДАЧА № 3 Больной 18-ти лет поступил в хирургическое отделение с травматическим разрывом селезенки. Была выполнена спленэктомия. Проводилась экстренная гемотрансфузия в количестве 500 мл во время операции. Группа крови А (II). Через 15 часов после экстренной гемотрансфузии стал жаловаться на чувство стеснения в груди, сердцебиение, озноб, жар, интенсивную боль в поясничной области. При осмотре больной возбужден. Кожные покровы и склеры иктеричные, влажные, холодные на ощупь. Отмечается гиперемия лица и шеи. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление - 80/50 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений - 130 ударов в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Дыхание жесткое. Аускультативно выслушиваются разнокалиберные хрипы в легких. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. При исследовании печени пальпируется её болезненный нижний край на 2 поперечных пальца ниже реберной дуги. Отмечается болезненность в поясничных областях; симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. За сутки выделилось 100 мл мочи цвета «мясных помоев». Кал светло-коричневого цвета. Вопросы: Ваш диагноз? Что необходимо предпринять для подтверждения и уточнения Вашего диагноза? Почему возникла данное заболевание? Объясните патогенез данного состояния? Какой симптом данного осложнения является патогномоничным? Алгоритм неотложной помощи при данном состоянии? Что следует предпринять при неэффективности консервативного лечения? Назовите меры профилактики данного осложнения? Решение задачи: В данном случае мы, скорее всего, имеем дело с гемотрансфузионной реакцией, связанной с переливанием несовместимой крови. Как показывает практика, наиболее частой причиной посттрансфузионных осложнений (около 90%) является переливание крови, несовместимой по системе АВО и Rh-фактору. Эти ошибки совершаются главным образом в хирургических и акушерско-гинекологических отделениях. Для абсолютной диагностики данного вида осложнения остаток донорской крови, образец крови и мочи реципиента отправляют в лабораторию для повторного типирования и перекрестного теста. Данное осложнение, вероятнее всего, возникло в связи с тем, что переливание несовместимой крови проводилось пациенту под наркозом (реактивные проявления и симптомы шока чаще всего отступают по времени и бывают выражены не-	Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови" (с изменениями и дополнениями).
--	---	---

	значительно). В этих случаях ориентируются на изменение АД (гипотонию), ЧСС (тахикардию) и окраску кожных покровов лица и шеи. Причиной такого осложнения в подавляющем большинстве случаев является невыполнение или нарушение правил по технике переливания крови, по методике определения групп крови и проведения пробы на групповую совместимость по системе АВО. В патогенезе посттрансфузионных осложнений, вызванных непереносимостью крови донора и реципиента по системе АВО, ведущую роль играет разрушение (гемолиз) эритроцитов донора антителами, в результате чего в крови реципиента появляется свободный гемоглобин, биогенные амины, тромбопластин и другие биологически активные вещества. На основании нервно-рефлекторной теории гемотрансфузионного шока считается, что под влиянием стрессового воздействия и высоких концентраций биологически активных веществ сначала происходит раздражение интерорецепторов, а затем, если воздействие не прекращается, развивается запредельное торможение. Клинически наблюдаются нарушения гемодинамики и поражение почек по типу острой циркуляторной нефропатии. Свободный гемоглобин, обладая наибольшей нефротоксичностью, превращается в почечных канальцах в солянокислый гематин. Накопление его в просвете почечных канальцев вместе с остатками разрушенных эритроцитов приводит к спазму почечных сосудов, снижению почечного кровотока и клубочковой фильтрации, что наряду с некробиотическими изменениями эпителия канальцев является причиной олигоанурии. В патогенезе поражения легких, печени, эндокринных желез и других внутренних органов первостепенная роль принадлежит ДВС-синдрому. Пусковым моментом его развития является массивное поступление в кровоток тромбопластина из разрушенных эритроцитов (кровяной тромбопластин). Данное осложнение может быть вызвано переливанием 30-50 мл крови или значительно реже после переливания флакона крови (наш случай). Субъективные расстройства, выражаются в ухудшении самочувствия, стеснении в груди, сердцебиении, ознобе, появлении жара во всем теле, головных и абдоминальных болях, как правило, довольно сильно выраженных. Последний симптом считается патогномоничным для данного вида осложнения. Следует прекратить переливание несовместимой крови (если реакция возникла во время гемотрансфузии, что происходит чаще) и начать инфузионную терапию. Вводят 0,9% NaCl, р-р Рингера с лактатом, реополиглюкин с такой скоростью, чтобы диурез составлял как минимум 100 мл/час. Кристаллоидные препараты - важный компонент лечения. Так же показаны малые дозы дофамина. После восстановления ОЦК можно осторожно применять петлевые диуретики (лазикс, маннитол). С целью предотвращения осаждения свободного гемоглобина в почечных канальцах применяют ощелачивание мочи бикарбонатом натрия. Необходимо ввести мочевого катетер.	
--	--	--

	В качестве сердечнососудистых средств применяют сердечные гликозиды (строфантин, коргликон); при низком давлении - норадреналин. Полезно использовать антигистаминные препараты и глюкокортикоиды. Для снятия спазма почечных сосудов срочно проводят двухстороннюю поясничную новокаиновую блокаду. Для облегчения дыхания больному дают увлажненный кислород. Неэффективность лекарственной терапии острой почечной недостаточности, прогрессирование уремии служит показанием к гемодиализу, гемосорбции, плазмаферезу. Профилактика этого вида осложнений сводится к правильному определению групповой принадлежности крови больного и донора. ЗАДАЧА №4 Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покраснение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает невраправимой пупочной грыжей. Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39⁰ С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2⁰ С. Пульс - 100 ударов в минуту. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлинен. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8х6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мочеиспускание не учащено. Стула не было 4 дня. Газы не отходят. Вопросы: Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза? Алгоритм лечения данной патологии? Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании? Решение задачи: У больной на фоне длительно существующей невраправимой пупочной грыжи возникло ущемление пупочной грыжи с последующим развитием флегмоны грыжевого мешка. Данное заболевание является осложнением пупочной грыжи. Дифференциальную диагностику проводят с: метастатическим поражением пупка при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки, с кистами и нагноением урахуса и умбилицитом. Для уточнения диагноза следует провести минимальное обследование: рационально	Клинические рекомендации: «Ущемленная грыжа» 2023 г.
--	---	--

	сделать УЗИ и обзорную рентгенографию органов брюшной полости, сделать анализы крови и мочи. Определить сахар крови, время свертывания крови. Учитывая достаточно выраженную сопутствующую патологию необходимо сделать ЭКГ-исследование, провести консультации терапевта и кардиолога. После кратковременной по времени предоперационной подготовки (1-2 часа) следует выполнить экстренное оперативное вмешательство. При флегмоне грыжевого мешка операцию следует выполнять в два этапа, начиная со срединной лапаротомии для уменьшения инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Производят резекцию кишки. Между приводящей и отводящей петлями проводят наложение анастомоза типа «конец в конец» или, при большой разнице в диаметрах сшиваемых отделов кишки, «бок в бок». Зашивание концов петли кишки, подлежащей удалению, проводят наглухо. Выполняют наложение кисетного шва на брюшину вокруг внутреннего кольца. Проводят рассечение кожи, клетчатки и собственно грыжевого мешка разрезом, проходящим над последним (герниотомия). Удаляют экссудат. Осторожно надсекают грыжевые ворота настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки с одновременным затягиванием кисетного шва, наложенного вокруг внутреннего кольца. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят. Ушивают среднесрединный разрез брюшной стенки. Ушивают шейку мешка кисетным швом. Дренируют места герниотомии. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции противопоказана. При флегмоне грыжевого мешка пупочной грыжи рационально также использовать способ Грекова, иссекая грыжу целиком, производя пластику брюшной стенки и зашивая рану. Если грыжевой мешок сильно изменен воспалительным процессом, следует вести данную область как гнойную рану с последующей пластикой грыжевых ворот после заживления раны. ЗАДАЧА № 5 Больной 62 лет поступил в хирургическое отделение через 5 часов после начала заболевания с жалобами на резкие интенсивные боли в правой паховой области с иррадиацией в бедро и мошонку. Боли появились после физической нагрузки. В анамнезе больной отмечает, что опухолевидное образование в правой паховой области появилось 2 года назад. В горизонтальном положении оно исчезало. За последний год опухолевидное образование значительно увеличилось в размерах. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс-110 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 180/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений – 21 в минуту. Перкуторно в легких - легочный звук; ды-	Клинические рекомендации: «Ущемленная грыжа» 2023 г.
--	---	---

	хание жесткое, в нижних отделах – единичные хрипы. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Отмечается болезненность в правой паховой области, где имеется напряженное опухолевидное образование размерами 8х6 см, не спускающееся в мошонку. При перкуссии данного образования отмечается тимпанит; при аускультации прослушиваются кишечные шумы. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стула не было 2-е суток. Мочеиспускание свободное и безболезненное. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования помогут верифицировать диагноз у данного больного, их интерпретация? Определите алгоритм лечения больного? Могут ли быть противопоказания для хирургического лечения данного заболевания и почему? При наличии показаний к хирургическому вмешательству, перечислите его основные методы и этапы операции. Решение задачи: Диагноз: Ущемленная паховая грыжа справа. Дифференциальный диагноз проводят с неправильной грыжей, паховым лимфаденитом, лимфогрануломатозом, орхоэпидидимитом, варикозной болезнью нижних конечностей, ущемленной бедренной грыжей. Необходимо провести рентгеноскопию органов брюшной полости с целью выявления рентгенологических признаков кишечной непроходимости на фоне ущемленной грыжи. При подозрении на ущемление стенки мочевого пузыря целесообразна цистоскопия; УЗИ органов брюшной полости, диафаноскопия. Лечение больного – только экстренная операция. Экстренная операция проводится после минимального обследования и предоперационной подготовки. Если больной имеет тяжелую сопутствующую патологию, то допустимо кратковременное интенсивное лечение с целью стабилизации общего состояния (не более 6 часов с момента поступления в стационар). Противопоказаний для операции при ущемленной грыже быть не может. Ущемленная грыжа подлежит немедленному оперативному лечению вне зависимости от сроков, разновидности и локализации ущемления. Некроз ущемленного органа обрекает больного на гибель. Операцию проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Оперативное вмешательство проводят в несколько этапов: 1-й этап – послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка; 2-й этап – вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка; 3-й этап – рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы; 4-й этап – определение жизнеспособности ущемленных органов. Жизнеспособность кишки оценивается по	
--	---	--

	цвету (розовый), серозная оболочка блестящая, кишечная стенка перистальтирует, сосуды брыжейки пульсируют. Петля кишки теплая при пальпации на ощупь; 5-й этап – резекция нежизнеспособной петли кишки. Во избежание послеоперационного расхождения швов анастомоза резекцию кишки следует производить в пределах здоровых тканей, отступив от края ущемления примерно 30-40 см. в сторону приводящего и 15-20 см. в сторону отводящего отдела; 6-й этап – пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдавать предпочтение наиболее простому – Бассини-Постемпскому, Жирау-Спасокукоцкому, Лихтенштейну. ЗАДАЧА № 6 В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость. Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью. Из анамнеза жизни выявлено, что операций, гемотрансфузий не проводилось. Язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля». Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Положительный симптом Спигарного в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Интерпретируйте их. Ваша тактика и лечение? Что такое проба Неймарка при лапароскопии? Обоснуйте ведение послеоперационного периода и профилактику возможных осложнений? Стандарты диагностики и лечения данной патологии. Решение задачи: У больного язвенная болезнь (12-	Клинические рекомендации Прободная язва у взрослых 2021
--	--	--

	перстной кишки), осложненная перфорацией. Об этом говорит острая кинжальная боль в животе (классический признак перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки), усиление болей, тошнота, пневмоперитонеум. В анамнезе имелись эпизоды изжоги и дискомфорта в эпигастрии, запоры. Прободение язвы желудка и 12-перстной кишки следует дифференцировать с острым аппендицитом (боли обычно не имеют высокой интенсивности), острым панкреатитом (боли также сильные, но носят опоясывающий характер), острым холециститом (боли менее выражены, отсутствует свободный газ в брюшной полости, локальное защитное напряжение мышц в правом подреберье), правосторонней плевропневмонией (нестерпимые боли, иррадирующие вниз, анамнез), инфарктом миокарда (анамнез, изменения ЭКГ), расслаивающейся аневризмой аорты (анамнез, похолодание нижних конечностей). Диагноз уточняют экстренно с помощью следующих методик: обзорная рентгенография органов брюшной полости; ФГДС с пневмокомпрессией. Показаны ЭКГ-исследование, общий анализ крови и мочи. Последние обычно неинформативны при осложненной язвенной болезни. Для более точного установления диагноза показана лапароскопия. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости отмечается выраженный газовый пузырь желудка с высоким уровнем жидкости в нем и серповидное просветление под правым (левым) куполом диафрагмы - пневмоперитонеум. Больному показана экстренная операция на фоне инфузионной терапии и выведения из шока. Производят ушивание язвы с ваготомией, иногда с тампонадой сальником или хирург решает вопрос о первичной резекции желудка (давность перфорации не более 6-8 часов, удовлетворительное состояние больного, отсутствие выраженных перитонеальных явлений, достаточный опыт и квалификация операционной бригады). При возможности - ваготомия с пилоропластикой после иссечения язвы. Операция завершается дренированием брюшной полости. При разлитом гнойном перитоните – минимальная операция – ушивание язвы. В послеоперационном периоде лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на борьбу с перитонитом и профилактику гнойно-воспалительных осложнений. Парентерально вводятся антимикробные препараты широкого спектра действия. При гнойном перитоните прибегают к постоянному или фракционному промыванию брюшной полости. Проводят дренирование грудного лимфатического протока, гемо- и лимфосорбцию с целью дезинтоксикации. Для регуляции водно-электролитных нарушений внутривенно вводят плазму, кровь, белковые препараты, 5% глюкозу и хлорид натрия. Для профилактики легочных осложнений больным придают возвышенное положение в постели, проводят дыхательную гимнастику. По показаниям назначают сердечные препараты. ЗАДАЧА № 7	Ё Клинические рекомендации «Острый панкреатит» 2023 г.
--	---	--

Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту. Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,8⁰ С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастриальной области, правом и левом подреберьях. Отмечается болезненность в точках Шоффара, Дежардена. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Стратегические направления ведения больных. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? Назовите возможные послеоперационные осложнения и их профилактику?

Решение задачи: У больного стерильный панкреонекроз (клиническая классификация острого панкреатита, принятая в г. Атланте, США в 1992 году). Ферментативный перитонит. Панкреатогенный шок. С целью верификации диагноза необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, это позволит определить размеры поджелудочной железы, ее контур, эхогенность, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости, а также признаки билиарной гипертензии, деструкции желчного пузыря и наличия в нем конкрементов. Возможно выполнение рентгенологического исследования – обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, что поможет выявить высокое стояние купола диафрагмы, экссудативный плеврит, ателектазы, отек и пневмоническую инфильтрацию легкого, изолированное вздутие поперечной ободочной кишки, симптом «сторожевой петли». Возможно проведение лапароскопии, позволяющей осмотреть брюшную полость и выявить наличие и характер экссудата, очагов стеатонекроза, инфильтрации (серозной и геморрагической) органов и тканей прилежащих к поджелудочной железе, состояние желчного пузыря. Компьютерная томография (КТ) представляется наиболее достоверным методом в диагностике острого панкреатита и позволяет в большинстве случаев отличить

	отечную форму острого панкреатита от геморрагического панкреонекроза. Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочеви́на, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Стратегические направления ведения больных с панкреонекрозом: -динамическая объективная оценка тяжести состояния больных с помощью интегральных шкал (Ranson, APACHE II, SOFA); - визуализация масштаба и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия); -идентификация инфицирования (микробиологические исследования, концентрация ПКТ); - интенсивная терапия (поддержание оптимального уровня доставки O₂, нутритивная поддержка, экстракорпоральная детоксикация).- антибактериальная профилактика и терапия (АБПТ); адекватное обезболивание; - блокада секреторной функции ПЖ, профилактика стресс-язв; - своевременная хирургическая санация. Алгоритм консервативного лечения: противошоковые мероприятия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; купирование болевого синдрома путем применения анальгетиков (вплоть до наркотических – промедол, фентанил с дроперидолом (нейролептаналгезия), спазмолитиков (гидрохлорид папаверина, раствор но-шпы), новокаиновых блокад (пресакральной, блокады круглой связки печени и других). Обязательно: постановка желудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого, с последующим промыванием желудка холодной водой. Проводится подавление внешней панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреатида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков. В лечение включают: дезинтоксикацию организма (инфузионную терапию); антиферментные препараты. Профилактика гнойных осложнений осуществляется путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе являются: • Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной нарушений. • Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции. • Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфици-	
--	---	--

	рования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении миниинвазивных технологий. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка (внебрюшинно). Необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. 6. Возможным послеоперационным осложнением может являться аррозивное кровотечение из сальниковой сумки, профилактика которого заключается в формировании проточной системы дренирования сальниковой сумки охлажденными антисептиками и использовании при перевязках мазей (левомеколь и т.п.). Возможно инфицирование стерильного панкреонекроза, с целью его профилактики следует назначить антибиотики широкого спектра действия (препараты выбора: фторхинолоны и метронидазол). ЗАДАЧА № 8 В хирургическое отделение поступил больной 53 лет с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость. В анамнезе аппендэктомия (в 1987 году) и холецистэктомия по поводу ЖКБ (в 2003 году). В течение последних 2-х лет страдает сахарным диабетом II типа в компенсированной форме. Диету в последнее время больной не соблюдал. Объективно: общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы и склеры глаз иктеричны, покрыты холодным потом. Температура тела 37,9⁰ С. Число дыхательных движений - 22 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет вздутия поперечно-ободочной кишки, болезнен и умеренно напряжен эпигастрии, левом и правом подреберьях. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона; отмечается иррадиация болей за грудину. Перистальтические шумы не выслушиваются. Кал оформлен, осветлен. Моча цвета «пива» Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Достоверные диагностические методики. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики? Тактика ведения больного? Сформулируйте пока-	Клинические рекомендации «Острый панкреатит» 2023 г.
--	---	---

	зания к операции? Назовите варианты операций? Решение задачи: ПХЭС (холецистэктомия в 2003 году). Острый панкреатит, отечная форма. Механическая желтуха. Дифференциальный диагноз проводится с холедохолитиазом, заболеваниями фатерова соска, дивертикулами двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой. Достоверные диагностические методики: а) уровень амилазы, ЛДГ крови, б) С-реактивный белок (маркер панкреонекроза), в) уровень прокальцитонина – маркер инфицирования, г) УЗИ, КТ с в/в контрастированием; д) тонкоигольная аспирация под контролем КТ или УЗИ + микробиологическое исследование. Для деструктивного панкреонекроза характерна дисферментемия. Вероятным признаком некроза м.б. снижение активности амилазы крови. Необходимо изучить анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Следует выполнить УЗИ, КТ, ЭКГ (для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда); в случае необходимости ФГС, РХПГ и диагностическую лапароскопию. Необходимо начать консервативное лечение, голод, аспирацию желудочного содержимого с помощью зонда, локальную гипотермию, введение анальгетиков, спазмолитиков, дезинтоксикационных, антиферментных, антисекреторных, сандостатина, цитостатиков и антибактериальных препаратов. Больного следует перевести на простой инсулин. Показаниями к оперативному вмешательству будут: клиника панкреонекроза, нарастающая механическая желтуха. При панкреонекрозах проводится дренирование холедоха, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и ее марсупилизация. При механической желтухе: в случае холедохолитиаза – холедохолитотомия. Операция завершается дренированием желчевыводящих путей по Вишневскому или Керу. Так же не исключается и наложение ХДА; возможен вариант эндоскопической папиллотомии и удаления конкрементов. В случае стеноза БДС – трансдуоденальная папиллотомия или эндоскопическая папиллотомия. ЗАДАЧА № 9 Больной 44 лет поступил в стационар с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 12 часов назад после употребления в пищу жареной рыбы, с течением времени присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость в ротовой полости. Объективно: общее состояние тяжелое. Поведение больного беспокойное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,9⁰ С. Слева определяется притупление перкуторного звука до V ребра. Дыхание везикулярное, в нижних отделах слева не прослушивается. Число дыхательных движений - 26 в минуту. Пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполне-	Клинические рекомендации «Острый панкреатит» 2023 г.
--	---	---

	ния. Артериальное давление - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, спинка его обложена коричневым налетом. Живот вздут, напряжен и болезнен в эпигастральной области и в левом подреберье. Пульсация брюшной аорты не определяется. Имеется болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу. Перитонеальных симптомов нет. Выслушиваются вялые перистальтические шумы. Стул и мочеиспускание не нарушены. <u>Вопросы:</u> Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Какое осложнение со стороны легочной системы наступило у больного? Каковы способы его диагностики и лечения? 1. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? <u>Решение задачи:</u> У больного острый панкреатит, отечная форма. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым гастритом, обострением язвенной болезни, острым аппендицитом, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой слева. С целью верификации диагноза обязательно выполнение УЗИ, возможно выполнение ФГДС, компьютерной томографии и диагностической лапароскопии (которая, возможно выполнит функции и лечебной). Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. В данном случае не следует исключать лабораторную и сонографическую картину билиарной гипертензии. У больного присоединился панкреатогенный плеврит слева (респираторный дистресс-синдром на фоне острой патологии поджелудочной железы). Диагностика данного состояния основывается на рентгенографии или УЗИ грудной клетки. Лечение пункционное, после эвакуации жидкости в плевральную полость следует ввести антиферментные препараты и антиоксиданты. Алгоритм консервативной терапии основан на следующих моментах: устранение болевого синдрома путем применения анальгетиков, спазмолитиков, новокаиновых блокад. Постановка желудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого с последующим промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия); подавление внешней панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреотида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков; дезинтоксикация организма (инфузионная терапия); антиферментная терапия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; профилактика гнойных осложнений путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе	
--	---	--

Заболевания легких	являются: Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной нарушений. Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции. Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении малоинвазивных вмешательств. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка /внебрюшинно/, необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки. ЗАДАЧА № 10 Больной 45 лет почувствовал недомогание две недели назад. Появился сухой кашель, высокая температура до 39,5⁰ С с ознобом, головная боль, слабость. 6 дней занимался самолечением – без эффекта. Участковый врач поставил диагноз: Острая левосторонняя пневмония и рекомендовал стационарное лечение, от которого больной отказался. Через 5 дней, на фоне высокой температуры, озноба, присоединившейся боли в левой половине грудной клетки и правом подреберье, выделилось одновременно при кашле около 200 мл зловонной мокроты бурого цвета сливкообразной консистенции, что и заставило больного обратиться в стационар. Объективно: состояние больного тяжелое. Склеры субиктеричны. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания на уровне VII-VIII ребра слева; аускультативно - сухие и влажные хрипы разного калибра слева, амфорическое дыхание. Пульс - 90 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 16х14х10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Селезенка перкуторно размером	Клинические рекомендации «Нагноительные заболевания легких и плевры».
----------------------------------	--	--

	8х6 см, не пальпируется. Диурез 600 мл. Голени пастозны. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования следует провести дополнительно? Тактика и методы лечения больного? Сформулируйте показания к хирургическому лечению? Назовите возможные типы операций? Решение задачи: Диагноз: Постпневмонический единичный абсцесс нижней доли левого легкого с множественными метастазами в печень. Гипопротеинемия. Печеночно-почечная недостаточность. Дифференциальный диагноз следует проводить с эхинококком легкого, раком легкого, туберкулезом, актиномикозом и кистой легкого. Следует провести исследование мокроты на микрофлору, ВК, чувствительность к антибиотикам, рентгеновское исследование легких, бронхоскопию с диагностической и лечебной целью, компьютерную томографию. Лечение должно быть комплексным: повышение сопротивляемости организма (усиленное парентеральное и энтеральное питание, для возмещения дефицита белка используются аминокислотные смеси), с целью улучшения условий дренирования применяют: отхаркивающие препараты, постуральный дренаж, ЛФК, массаж. Возможен лаваж бронхиального дерева с использованием протеолитических ферментов в ходе лечебной бронхоскопии, т.к. восстановление бронхиальной проходимости и санация бронхиального дерева играет важнейшую роль в лечении этого заболевания. При периферийном расположении абсцесса возможна чрезкожная пункция и установка дренажа под контролем рентгеноскопии или УЗИ. Для детоксикации используют кристаллоидные растворы. В комплекс лечебных мероприятий входит антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Возможно интрабронхиальное введение антибиотиков. Показана иммунокорректирующая терапия, УФО крови. Вопрос об оперативном вмешательстве ставится в случаях: 1). Безуспешности консервативного лечения. 2). Легочном кровотечении. 3). Невозможности исключить опухоль (карциному) лёгкого. 4). Гигантских абсцессах (более 6 см в диаметре). 5). Прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры (данное осложнение первоначально можно лечить путем пассивного или активного дренирования). 6). Хронических абсцессах легкого. 1. Возможные типы операций в данном случае: пневмотомия, лобэктомия, торакостомия. ЗАДАЧА № 11 У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренирование плевральной полости через 2 межреберье по средне-ключичной линии», послеоперационный период протекал гладко, но по вечерам больного беспокоила суб-	Клинические рекомендации «Эмпиема плевры» 2024 г.
--	---	--

фебрильная температура, незначительный кашель. В послеоперационном периоде была проведена адекватная антибиотикотерапия, назначен курс ЛФК, дыхательной гимнастики. Дренаж удален на 3-и сутки – без осложнений. На 10-е сутки больной обратился к врачу с жалобами на лихорадку до 39,5⁰С, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, общую слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные; цианоз губ и акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. В последнем принимают участие вспомогательные мышцы. Справа межреберные промежутки расширены, сглажены; слева – не изменены; голосовое дрожание справа отсутствует, слева – не изменено. Перкуторно справа – притупление над всей поверхностью легочного поля, слева притупление треугольной формы около позвоночного столба на уровне VIII ребра. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – везикулярное, Частота дыхательных движений - 30 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

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

Решение задачи: Диагноз: Послеоперационная тотальная эмпиема плевры справа. Дифференциальный диагноз следует проводить с гемотораксом и кистой легкого. Эффективнее было бы классическое дренирование в VII-VIII межреберье по заднеподмышечной линии, а не во II межреберье или одновременное введение двух дренажей в указанные точки. Упущением в ведении больного было то, что несмотря на субфебрильную температуру, кашель до 10 дня послеоперационного периода, не была выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки – фасный снимок и латерограмма. Судя по клинике, не был своевременно выявлен (в т.ч. и рентгенологически) экссудат в плевральной полости и не аспирирован путем пункции, а это могло предупредить развитие тотальной эмпиемы. Вероятно, ежедневные физикальные осмотры доктором были поверхностными и невнимательными. Следовало провести УЗИ-исследование в раннем послеоперационном периоде (последнее точно определяет наличие и локализацию жидкости при затруднениях в диагностике). Следует так же провести пункцию плевральной полости с аспирацией содержимого; бактериологическое и цитологическое исследование пунктата; чувствительность к антибиотикам. При неэффективности данного лечения показано хирургическое

	вмешательство. Это, скорее всего, торакастомия с резекцией ребра, удалением легочных секвестров и дренированием плевральной полости широкой трубкой с последующей вышеуказанной терапией. При лечении эмпиемы необходимо обеспечить следующие условия: -раннее удаление экссудата из плевральной полости пункцией или её дренированием, в том числе и с постоянной аспирацией, полное расправление легкого – форсированное дыхание, ЛФК. - проведение общеукрепляющей терапии (высококалорийное питание, парентеральное введение растворов аминокислот, повторные пункции с максимальным удалением экссудата и введением в плевральную полость протеолитических ферментов и антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры; при неэффективности пункций применяют дренирование плевральной полости с использованием вакуум-отсоса или с помощью сифона-дренажа по Бюлау - Петрову; -в лечении дыхательной недостаточности необходимы ингаляции увлажненного кислорода; возможно использование плеврального лаважа растворами антисептиков (диоксидин, роккал, фурациллин); -использование методов экстракорпоральной детоксикации, УФО крови. ЗАДАЧА №12 Больной 35 лет находился на стационарном лечении в течение 3-х недель с диагнозом “Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония”. Спустя 2 дня после выписки у больного повысилась температура до 39 °С; появились озноб, общее недомогание, потливость, головокружение, головная боль, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Обратился за помощью и был направлен в хирургическое отделение на обследование и лечение. Объективно: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхательных движений - 22 в минуту. При внешнем осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации грудной клетки отмечается болезненность в нижних отделах справа. Голосовое дрожание в нижнем отделе правой половины грудной клетки усилено. Перкуторно: притупление звука в этом отделе. Границы легких в норме. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, с жестковатым оттенком. Справа в нижних отделах имеется небольшое количество разнокалиберных хрипов. Пульс - 98 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза? Тактика ведения пациента? Сформулируйте показания к хирургическому лечению данной патологии? Назовите возможные типы операций? Решение задачи: Диагноз: Острые множественные абсцессы нижней доли правого легкого. Диагноз представляет определенные трудности, особенно до вскрытия абсцесса в	Клинические рекомендации «Нагноительные заболевания легких и плевры».
--	--	--

	бронх или в плевральную полость. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с туберкулезом легких, эхинококкозом, нагноением кисты легкого, осумкованным или междолевым плевритом, очаговой пневмонией, опухолью и первичными бронхоэктазами в фазе абсцедирования, актиномикозом. Решающее значение для топической диагностики имеет полипозиционное рентгеновское исследование с томографией, которое позволяет установить не только локализацию, размер гнойников, перифокальную реакцию, но и их расстояние от грудной стенки. Показана компьютерная томография органов грудной клетки, торакоскопия. В зависимости от фазы развития острых абсцессов лечение больных может быть консервативным или хирургическим. Консервативное лечение включает в себя следующие мероприятия: А) обеспечение хорошего ухода и высококалорийного, богатого белками и витаминами питания, в том числе и парентерального; Б) рациональная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры и введением препаратов в полость гнойника при субплевральной его локализации; В) при сообщении одного из абсцессов с бронхом необходимо регулярное удаление гноя через бронхоскоп или дренажным положением больного (постуральное положение). Г) введение в бронхиальное дерево или в полость абсцесса растворов протеолитических ферментов, а также антибиотиков в виде аэрозоля или через бронхоскоп. Д) иммунокорректирующая терапия, коррекция белкового, электролитного баланса; Е) использование средств для дезинтоксикации. Ж) методы экстракорпоральной детоксикации – лимфо-, гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, гипербарическая оксигенация (ГБО); Консервативное лечение множественных абсцессов и абсцессов диаметром более 6 см бесперспективно при неэффективности проводимой полноценной комплексной консервативной терапии. Показаниями к операции также будут – легочное профузное кровотечение, гигантский абсцесс, невозможность исключить карциному, прорыв абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры. Возможна лобэктомия справа. При прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры проводят дренаж с резекцией ребра (тораkostомию). ЗАДАЧА № 13 В приемное отделение был доставлен мужчина 25 лет с жалобами на интенсивные колющие боли в области верхней половины живота и нижней части грудной клетки справа, усиливающиеся при вдохе, чувство тяжести в груди справа, повышение температуры тела до 38,2⁰ С, общую слабость. Из анамнеза болезни выявлено, что болен в течение двух недель, лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ, без эффекта. Два дня назад состояние ухудшилось, температура повысилась до 39,0⁰ С, появился озноб с проливными потами, одышка. Вызвал на дом врача и с диагно-	Клинические рекомендации «Нагноительные заболевания легких и плевры».
--	--	--

	зом “Острая правосторонняя пневмония?” был госпитализирован в больницу. Объективно: общее состояние средней тяжести, больной придавливает правую сторону грудной клетки рукой для уменьшения интенсивности болей. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно определяется ригидность и болезненность мышц грудной клетки. В нижних отделах справа голосовое дрожание ослаблено. С той же стороны отмечается притупление легочного звука от VI межреберья и ниже по лопаточной линии. При аускультации справа дыхание ослаблено; начиная с VI межреберья и ниже не выслушивается. Пульс - 88 в минуту. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Назовите методы лечения данного заболевания? Применимы ли эфферентные методы лечения при данном заболевании. Если да, то какие? Решение задачи: Острая правосторонняя базальная пневмония. Парапневмонический плеврит. ДН I. Острый плеврит необходимо дифференцировать от нагноившейся кисты, абсцесса легкого, поддиафрагмального абсцесса. Необходимо так же исключить рак легкого с перифокальным воспалением и выпотом. Выполняют рентгеновское исследование грудной клетки для уточнения наличия жидкости в плевральной полости (в том числе в положении латеропозиции), УЗИ плевральной полости. Плевральная пункция проводится только при подтверждении наличия жидкости. Тактика ведения данного пациента должна быть по возможности активной. В настоящее время для лечения острого гнойного плеврита используются следующие методы: А) удаление гнойной жидкости повторными пункциями с промыванием плевральной полости растворами антисептиков (фурациллин, диоксидин, хлоргексидин, роккал) и введением в плевральную полость протеолитических ферментов для лизиса фибрина, густого гноя, секвестров и антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры. Необходим рентгеновский контроль эффективности пункций или дренирования; Б) при неэффективности пункционного метода, плевральную полость дренируют по Бюлау – Петрову или применяют активную аспирацию. Следует так же обратить внимание на применение диагностических и лечебных торакоскопий. В) в до- и послеоперационном периоде необходимо обеспечить следующие условия: - постоянная эвакуация экссудата активным или пассивным дренажем; - максимальное расправление легкого, форсированное дыхание, ЛФК; - борьба с инфекцией с проведением рациональной антимикробной терапии с лечением первичного заболевания (абсцесс легкого, пневмония, поддиафрагмальный абсцесс и т.д.); - постоянная борьба с эндо-	
--	---	--

	токсикозом (инфузионная терапия), использование экстракорпоральных способов лечения эндотоксикоза (лимфо- и гемосорбция, УФО крови). -проведение общеукрепляющей терапии – высококалорийное питание, витаминотерапия; - использование иммунокорректирующей терапии – введение лечебных сывороток, γ-глобулина, антистафилококковой плазмы. Да, применяются. Эфферентные экстракорпоральные методики лечения эндотоксикоза при нагноительных заболеваниях легких и плевры применяются довольно активно. Это: лимфо- и гемосорбция, УФО крови. ЗАДАЧА № 14 Больной 20 лет за 30 минут до поступления получил ранение левой половины грудной клетки. Возбужден, выраженное беспокойство. Требуется наложить повязку и отпустить домой. Пытается встать, но при этом теряет сознание.Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения и напряжения, 120 ударов в минуту, ритмичный. Слизистые оболочки синюшны, вены шеи набухшие, расширены. Отмечается резкая одышка; дыхание прерывистое, поверхностное, изо рта запах алкоголя.Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка участвует в акте дыхания с обеих сторон. Дыхание везикулярное, слева ослаблено. Перкуторно - справа над всей поверхностью легочный звук; слева в нижних отделах его укорочение. При физикальном исследовании определяется расширение границ сердца, верхушечный толчок отсутствует. В IV межреберье по парастернальной линии слева имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, размерами 2х1 см, незначительно кровоточит. По передней поверхности грудной клетки четко определяется подкожная эмфизема. Вопросы: Предварительный диагноз? Тактика врача в данной ситуации? Назовите дополнительные методы диагностики? Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Перечислите способы ушивания ран сердца и легких? Как следует закончить операцию? Каковы особенности ведения послеоперационного периода? Решение задачи: У больного проникающее ранение левой половины грудной клетки с повреждением сердца и его тампонадой. Гемопневмоторакс. Подкожная эмфизема. Алкогольное опьянение. Больному показана экстренная операция: переднебоковая торакотомия в V межреберье, ушивание раны сердца. В процессе операции желательно выполнить реинфузию крови, но только при наличии селсервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.). К методам диагностики травмы груди следует отнести обзорную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ-органов грудной клетки. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе бригадой анестезиологов. Основная цель -	Клинические рекомендации «Закрытая травма грудной клетки « 2021г.
--	---	--

	стабилизация артериального давления (инфузия полиглюкина 400 мл, солевых растворов, растворов крахмала различной плотности, преднизолона 60-90 мг в сочетании с переливанием крови и введением препаратов, способствующих стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Раны на сердце ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 5-6/, обычно используют узловые швы. Разрешается накладывать П-образные швы в случаях, если ранение нанесено в непосредственной близости от венечных сосудов и хирург вынужден проводить нить под ними. Перикард ушивается редкими узловыми швами. Повреждения ткани легких также ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 3-4/. При остановке сердца делают массаж, внутрисердечно вводят адреналин, хлорид кальция, при фибрилляции желудочков выполняют дефибрилляцию. Обязательна ПХО раневого канала с иссечением нежизнеспособных тканей, введение противостолбнячного анатоксина или сыворотки. Операцию следует завершить дренированием плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии и в VIII межреберье по заднеподмышечной линии. Оба дренажа следует сформировать по Бюлау-Петрову. Больному следует назначить терапию, как при инфаркте миокарда. Необходимо периодически выполнять контрольные рентгенографические исследования грудной клетки на предмет расправления легкого. Дренажи плевральной полости удаляются при полном расправлении легкого и отсутствии жидкости и газа в плевральной полости. ЗАДАЧА № 15 Больная 29 лет 2,5 часа тому назад получила ранение правой половины грудной клетки. Пострадавшая находится в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст. В VI межреберье по среднеподмышечной линии справа имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, 1,5 x 0,8 см, незначительно кровоточит. При вдохе рана присасывает воздух. Дыхание слева везикулярное, справа на верхушке не прослушивается; в нижних отделах резко ослаблено. Перкуторно - справа звук в верхних отделах с коробочным оттенком, в нижних - укорочение перкуторного звука; слева над всей поверхностью легочный звук, по боковой поверхности грудной клетки определяется подкожная эмфизема. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие дополни-	Клинические рекомендации «Закрытая травма грудной клетки» 2021г.
--	---	---

	тельные методы исследования необходимо выполнить? План лечения? С чем будет связан объем оперативного вмешательства? Каковы особенности ведения послеоперационного периода? Решение задачи: У больной проникающее ранение правой половины грудной клетки, ранение легкого. Напряженный гемопневмоторакс. Алкогольное опьянение. Возможно использование обзорного рентгеновского логического исследования грудной клетки в двух проекциях, срочной торакоскопии для уточнения локализации ранений, источника кровотечения, а также УЗИ. Необходимо проведение общего анализа крови и мочи. Тактика хирурга при проникающих ранениях грудной клетки, при остановившемся кровотечении, сводится к ПХО раны и дренированию плевральной полости по Бюлау-Петрову с ликвидацией гемопневмоторакса; возможен пункционный метод лечения. Дренажные трубки удаляют через 3-4 дня после удаления экссудата и воздуха. Быстрое нарастание гемоторакса, повторное появление крови после ее аспирации свидетельствуют о продолжающемся кровотечении и больной показана торакотомия в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. Перед экстренным оперативным вмешательством и одновременно с ним следует проводить весь комплекс реанимационных мероприятий, включая инфузионную терапию в сочетании с переливанием одногруппной крови, возможно выполнение реинфузии крови, но только при наличии сел-сервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.), вводят препараты для стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. После вскрытия плевральной полости удаляют сгустки крови, производят новокаиновую блокаду корня легкого и межреберных нервов, тщательно осматривают легкое, органы средостения. В зависимости от размера и характера повреждения производят различные вмешательства: от перевязки кровоточащего сосуда до лобэктомии. При небольших повреждениях накладывают отдельные швы на рану, лучше атравматической иглой синтетическими нерассасывающимися или медленно рассасывающимися шовными материалами (капрон, лавсан №3, 4). Если имеется обширное повреждение с размождением тканей легкого, то осуществляют клиновидную резекцию или лобэктомию. Швы накладывают через всю толщу легкого. В конце операции необходимо убедиться в надежности гемостаза и аэростаза; кровоточащие и пропускающие воздух участки по линии разреза прошивают дополнительными узловыми швами. Плевральную полость дренируют толстой трубкой через прокол в VII-VIII межреберье; воздух и кровь отсасывают и устанавливают вакуумный или дренаж по Бюлау-Петрову. Операционную рану ушивают наглухо. Выполняют первичную хирургическую обработку раневого канала, обязательно выполняется профилактика столбняка. После резекции легкого показано дренирование плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии. Лечеб-	
--	--	--

ные мероприятия должны быть направлены на профилактику развития воспалительного процесса (антибиотики, сульфаниламиды, ЛФК и т.д.). Необходимы контрольные рентгенографии. Следует осуществлять почасовой контроль отхождения содержимого из плевральной полости по дренажам совместно с рентгенологическим контролем. Показано консервативное лечение дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности. В послеоперационном периоде устанавливается тщательное наблюдение за больной и рентгеновский контроль за расправлением легкого. Медикаментозное лечение заключается в коррекции нарушений гомеостаза. Для предупреждения образования эмпиемы плевры необходима систематическая эвакуация содержимого из плевральной полости и введение антибиотиков с бактериологическим анализом и определением чувствительности микрофлоры к последним.

ЗАДАЧА № 16

Больной 70 лет доставлен в клинику каретой скорой помощи с жалобами на интенсивные острые боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую поясничную область, одышку. В течение десяти лет страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу которого неоднократно консервативно лечился в стационарах. Два года назад при обследовании выявлена аневризма брюшного отдела аорты. Предлагалась операция, от которой больной отказывался. Час назад при поднятии тяжести возникла нестерпимая боль в эпигастрии и мезогастррии, появилось затрудненное дыхание. Принимал нитроглицерин – без эффекта. Обратился за помощью. Объективно: состояние тяжелое. Больной ведет себя беспокойно. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Пульсация артерий нижних конечностей отсутствует ниже уровня общих бедренных артерий с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные; прослушивается систолический шум над аортой. При пальпации живота последний чувствителен в области эпи- и мезогастррии, где определяется умеренное мышечное напряжение. Симптом Щеткина – Блюмберга неубедительный. Симптом Куленкампа положительный. Имеется притупление в отлогах местах живота. Общий анализ крови: эритроциты – $1,79 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 60 г/л; ЦП – 0,78; гематокрит – 23 %.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В чем заключается лечение данного пациента? Каков прогноз данного заболевания?

Решение задачи: Диагноз: Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты. Дифференцированный диагноз проводят с:

Клинические рекомендации: «Аневризма брюшной аорты» 2025 г.

	разрывом селезенки; кровоточащей язвой желудка или 12-ти перстной кишки; язвенной болезнью, осложненной перфорацией. Методы обследования, которые следует применить: УЗИ-исследование органов брюшной полости, КТ, ангиография. Больному показана экстренная операция (лучше в специализированном стационаре). Лечение будет заключаться в резекция аневризмы с протезированием брюшной аорты линейным или бифуркационным протезом. Прогноз серьезный. ЗАДАЧА № 17 В хирургическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на тупые, распирающие малоинтенсивные боли в левой нижней конечности после длительной ходьбы, расширение поверхностных вен слева, тяжесть, утомляемость, парестезии, отеки, возникающие к вечеру и исчезающие после отдыха в горизонтальном положении, судороги мышц левой голени. Больной себя считает около 15 лет. Начало заболевания связывает с беременностью, когда впервые появились расширенные вены на голени. С тех пор заболевание медленно прогрессирует. Стационарно и амбулаторно не лечилась. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, питание повышенное. Температура тела – 36,9° С. Частота дыхательных движений - 17 в минуту. Пульс - 76 ударов в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Печень выступает из-под правого подреберья на 2 см, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Status localis: При осмотре видны извитые резко расширенные стволы большой и малой подкожных вен левой нижней конечности на всем протяжении. Кожа над ними не изменена. Признаков индурации нет. Пульсация сосудов на артериях стопы, голени и бедра сохранена. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 102%; время рекальцификации - 164 сек; фибриноген - 3,77 г/л; тромбо-тест – 4 балла. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо повести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? Какие функциональные пробы необходимо провести для определения состоятельности коммуникантных вен? Тактика ведения больной? Назовите методы лечения данной патологии? Решение задачи: Диагноз: Варикозное расширение большой и малой подкожных вен левой нижней конечности, ВН II ст. Дифференциальный диагноз следует проводить с: посттромботической болезнью (синдромом), врожденными аномалиями венозной системы, лимфостазом, тромбозом глубоких и подкожных вен. Для верификации диагноза следует провести флебографию с контрастированием вен нижних конечностей, дуплексное сканирование, доплеровское исследование сосудов нижних конечностей,	Клинические рекомендации «Флебит и тромбоз поверхностных сосудов» 2023 г.
--	---	--

термографию. Функциональные пробы, определяющие состоятельности коммуникантных вен, есть: Пратта-1, трехжгутовая проба Шейниса, проба Тальмана. Показано оперативное лечение. Вероятнее всего, следует провести флебэктомиию слева по Троянову-Тренделенбургу-Беккоку, Нарату. Перевязка коммуникантных вен по Коккету. Флебосклерозирующую терапию.

ЗАДАЧА № 18

Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повышенную чувствительность к холоду, чувство онемения в икроножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из-за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 метров ходьбы. В течении последних 15 лет больной наблюдается у терапевта по поводу: ИБС. Атеросклеротического кардиосклероза Н П.Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 76 в минуту. Артериальное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие.

При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утолщены, ломкие). Волосной покров отсутствует. При термометрии: в I- м межпальцевом промежутке слева – 29,5° С, справа – 30,5° С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Справа пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэльса, Мошковица - Шамовой. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибриноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 6 баллов.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какой из симптомов выступает на передний план этого заболевания? С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику? Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Каковы этиология и патогенез данного заболевания? Каковы принципы лечения данной патологии? Назовите показания к хирургическому лечению и методы операций при данном заболевании?

Решение задачи: Диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности, стадия II Б. На первый план выступает перемежающаяся хромота. Дифференциальный диагноз проводят с облитерирующим эндартериитом, облитерирующим тромбангиитом, диабетической макроангиопатией. Для уточнения диагноза применяют ангиографию, доплеровское исследование, дуплексное сканирование, термографию. Этиопатогенетическая цепь облитерирующего атеросклероза представляется следующим об-

Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей « 2023».

	разом: отложение холестерина на внутренней стенке артерий; образование атеросклеротической бляшки; изъязвление бляшки, формирование пристеночного тромба; обтурация артерий, развитие хронической артериальной непроходимости. Консервативное лечение преследует цель: снятие спазма сосудов, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, десенсибилизирующая терапия (вплоть до гормонов). Назначают препараты, улучшающие реологические свойства крови (солкосерил, трентал, актовегин, вазопрессин). Показанием к хирургическому лечению являются: малая дистанция безболевого ходьбы – менее 50-100 метров; некроз тканей голени и стоп; боль в покое. Хирургическое лечение включает в себя операции на сосудах: тромбинтимиэктомию; обходные шунтирования; профундопластику (при непроходимости глубокой бедренной артерии и проходимости общей бедренной артерии); операции на нервах (симпатэктомию); операции на костях (реваскуляризирующие остеотомии /РОТ/). При наличии декомпенсации кровообращения – некрэктомию вплоть до ампутации конечности ЗАДАЧА № 19 У больной 50 лет на третьи сутки после операции холецистэктомии по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита появились постоянные средней интенсивности боли в правой голени. Боли усиливались при движении в голеностопном суставе справа. Больная предъявляет жалобы на слабость, разбитость и нарушение сна. Температура тела – 37,2° С. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 150/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания, болезненный в области операционной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул был 12 часов назад, оформленный. Местный статус: Правая голень обычной окраски, в ортостазе – появляется еле заметная цианотичность кожных покровов. Объемная асимметрия +2 +3 +3 см. При тыльном сгибании в правом голеностопном суставе резко усиливаются боли в икроножных мышцах справа. Сдавление правой голени в передне-заднем направлении так же усиливает боль. Проба Ловенберга справа положительная (давление 110 – 120 мм.рт.ст.). Общий анализ крови: Лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: сегментоядерные – 57%, палочкоядерные – 13%, юные – 1%, моноциты – 7%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 106%; время рекальцификации – 110 сек; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин; фибриноген 5 г/л; фибриноген «В» – (+++); тромботест - 6 баллов. Вопросы: Ваш диагноз? Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие инструментальные методы исследования необходимы в диагностике этого заболевания? Что такое проба Ловенберга?	Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению тромбоза глубоких вен».2025.
--	--	---

Принципы лечения? Расскажите о хирургическом лечении данного заболевания? Какие методы оперативных вмешательств Вы знаете? Когда их следует выполнять?

Решение задачи: Диагноз: Тромбоз глубоких вен правой голени. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей являются наиболее частой локализацией окклюзий венозных сосудов. Пусковым моментом служат следующие факторы: операция /послеоперационный период/ (разбираемый случай), травма, бактериальная инфекция, длительный постельный режим; послеродовой период, применение противозачаточных средств; курение, ДВС-синдром. Сущностью патологического процесса при тромбофлебите является развитие воспалительного процесса в стенке вены с образованием тромба. Последний приводит к частичной или полной закупорке сосуда. В дальнейшем в процесс вовлекаются вся стенка вены. Тромб прочно фиксируется к интиме сосуда, что и предотвращает развитие эмболии (в отличие от флеботромбоза, где тромб формируется в практически здоровой вене, рыхло спаян или не спаян вовсе со стенкой вены, легко отрывается и приводит к тромбоэмболии легочной артерии). Тромбофлебит сопровождается рядом местных и общих реакций. Дифференциальный диагноз проводят с тромбозом артерий, эмболией мелких артерий голени, с облитерирующими заболеваниями артерий, с миозитом, кровоизлиянием в икроножные мышцы, с периферически невритом, артериоспазмом. К дополнительным методам относят: доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфию с I^{125} -фибриногеном, дистальную восходящую флебографию. Проба Ловенберга, являясь диагностической пробой для установления диагноза тромбоза глубоких вен нижней конечности, проводится следующим образом: на голень, в области средней трети накладывается манжетка сфигмоманометра и давление в ней доводится до 150 мм.рт.ст. (в рассматриваемом случае – до 110-120 мм.рт.ст.). Появление болей в икроножных мышцах ниже 150 мм.рт.ст. указывает на тромбоз глубоких вен. Лечение: все больные с диагнозом тромбоза глубоких вен нижних конечностей должны лечиться в условиях хирургического стационара. Консервативное лечение заключается в строгом постельном режиме (7-10 дней); антикоагулянтной терапии – НМГ или НФГ (клексан, гепарин 5000-10000 ЕД в/в струйно со скоростью 1000 ЕД/ч под контролем времени свертывания /7-10 дней/), антикоагулянты непрямого действия через 5-7 дней. Большое значение придается фибринолитической терапии (фибринолизин, стрептаза, стрептокиназа, урокиназа). Назначают десенсибилизирующие препараты, средства, улучшающие кровообращение в микроциркуляторном русле (венорутин, трентал), спазмолитики. Рекомендуются так же раннее вставание, но только при забинтованной эластическим бинтом пораженной конечности. Хирургическое лечение тромбоза глубоких вен нижней конечности проводится по жизненным показаниям: при

	опасности повторной ТЭЛА, угрозе венозной гангрены и распространения тромботического процесса на нижнюю полую вену. В зависимости от локализации тромба и его распространенности проводят: при изолированном тромбозе вен голени – дистальную перевязку бедренной вены; при первичном ограниченном тромбозе бедренно-подколенного сегмента – тромбоэмболэктомию из бедренно-подколенного сегмента; при изолированном поражении подвздошной вены – тромбоэмболэктомию из этой вены. Пликация нижней полую вены заключается в создании в ее просвете узких каналов или введении кава-фильтров, задерживающих тромбы. ЗАДАЧА № 20 Больная 48 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на постоянные, тупые боли и отечность левой нижней конечности с иррадиацией в паховую область. Около двух суток назад появились тупые боли в поясничной, паховой областях слева, а также в левом бедре. Повышалась температура тела до 38,5° С. Сутки назад боли усилились. Появился отек. Обратилась за медицинской помощью. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Стул был сутки назад – оформлен. Мочеиспускание свободное. Локально: кожные покровы цианотичные; окружность бедра и голени слева на 6 см больше, чем справа. Выражен “подкожный” рисунок поверхностных вен левой нижней конечности вплоть до паховой области. Симптомы Хоманса, Ловенберга и Моисея положительные. Конечность теплая на ощупь. Пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена. Общий анализ крови: Лейкоциты – $9,1 \times 10^9$/л. СОЭ – 25 мм/ч. Нейтрофилы: сегментоядерные – 56%, палочкоядерные – 8%, юные – 1%, моноциты – 12%, лимфоциты – 23%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 90%; время свертывания крови – 2 мин; фибриноген - 6 г/л; тромботест - 6 баллов. Общий анализ мочи: плотность – 1016; лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эритроциты – (-), белок – (-). Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Каков «золотой» стандарт диагностики? Чем может осложниться данное заболевание? Тактика ведения пациентки? Назовите лечение больной? Решение задачи: Диагноз: Илеофemorальный тромбоз слева. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым нарушением артериальной проходимости, лимфостазом. Диагноз можно подтвердить следующими исследованиями: флебография, доплеровское исследование, дуп-	Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению тромбоза глубоких вен».2025.
--	---	---

	лексное УЗИ, сцинтиграфия с использованием фибриногена, меченного I¹²⁵. Золотым стандартом во флебологии является цветное дуплексное сканирование. Осложнения: переход в «синюю» болевую флегмазию, ТЭЛА. Лечение: тромболитическая терапия, антикоагулянты прямого и непрямого действия, эластическая компрессия, антиагреганты. Хирургическое лечение показано при: выявлении «флотирующего» тромба в просвете вены с угрозой ТЭЛА – тромбэктомия. По показаниям постановка кава-фильтра. ЗАДАЧА № 21 Каретой скорой помощи в клинику доставлена женщина 52 лет предъявляющая жалобы на нестерпимые, интенсивные, постоянные боли в правой нижней конечности, сопровождающиеся мышечной слабостью и онемением пальцев стоп, появившиеся без видимых причин около 6 часов назад. Несколько лет назад пациентка перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, протекающее в форме обратимого правостороннего гемипареза. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, аритмичный, дефицит пульса 16. Артериальное давление – 70/40 мм.рт.ст. Аускультативно в области сердца определяется диастолический шум на его верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см. Селезенка не пальпируется. Местное состояние: отмечается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком, гиперестезия до средней трети правой нижней конечности. Пульсация на a.dorsalis pedis, a.tibialis posterior, a. poplitea справа отсутствуют, на a.femoralis communis справа ослаблена. Правая стопа холоднее левой. Все виды чувствительности и активные движения в суставах правой нижней конечности отсутствуют, пассивные движения сохранены в полном объеме. Вопросы: Какое заболевание развилось у больной? Проведите дифференциальный диагноз? Какие инструментальные исследования целесообразно выполнить больной для подтверждения диагноза? Какова степень нарушения кровообращения у больной? Тактика и методы лечения? Обоснуйте принципы консервативной терапии? В чем заключается суть хирургического лечения данной патологии? Решение задачи: Диагноз: Острая тромбоэмболия правой поверхностной бедренной артерии в средне-нижней трети бедра, ишемия ПБ на фоне митрального стеноза, мерцательной аритмии. Дифференциальный диагноз проводится с артрозо-артритом, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, патологическим переломом справа при миеломной болезни. Целесообразно для подтверждения органического поражения сердца выполнить эхокардиографию. Оценка состояния сосудистого русла нижних конечностей проводится доплеровским исследованием и дуплексным сканированием с цветным картированием. Исследования	Клинические рекомендации: «Острая артериальная непроходимость нижних конечностей»
--	---	--

	ЭКГ типичны для больных с нарушением ритма (например, мерцательная аритмия). При наличии на ЭКГ правограммы, признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка, а так же учитывая характер сердечных шумов, можно предположить у больной митральный стеноз. Используя классификацию степени ишемии, можно предположить, что у больной II Б степень – неврологические расстройства с наличием паралича. После короткой интенсивной терапии (деагреганты, спазмолитики, анальгетики и др.) следует провести артериотомию: непрямую эмбол- и тромбэктомия при помощи катетера Фогэрти. Консервативное лечение заключается в применении: тромболитиков (стрептокиназа, урокиназа, стрептодеказа) для восстановления кровообращения в ишемизированной конечности. При эмболии – это дополнительное лечение, т.к. эмбол растворить невозможно. Антикоагулянтная терапия гепарином или НМГ /низкомолекулярными гепаринами/ (в последующем использование антикоагулянтов непрямого действия) показана для предотвращения развития продолженного тромба. Показано так же применение активаторов фибринолизина (никотиновая кислота, компламин), деагрегантов (реополиглюкин, трентал, курантил). Для улучшения кровообращения в конечности назначают ингибиторы протеаз (положительное воздействие на тканевой метаболизм в зоне ишемии – трасилол, гордокс). Прекрасно зарекомендовал себя вазопростан. Важна инфузионная терапия, обеспечивающая высокий диурез (не менее 100 мл/час). Для защиты почек от повреждающего действия при миоглобинурии применяют осмотические диуретики (маннитол) и ощелачивают мочу. Всем больным, начиная с IА степени, показана восстановительно-реконструктивная операция на сосудах, и только больным с III В степенью расстройства кровообращения необходима первичная высокая ампутация конечности. При эмболии высокий эффект можно получить при не прямых эмболэктомиях баллонными катетерами типа Фогэрти или фирмы «Север». Эндартерэктомия или обходное шунтирование чаще всего выполняется при тромбозе, возникшем на месте измененной атеросклерозом, неспецифическим воспалением или другим патологическим процессом стенки сосуда. ЗАДАЧА № 22 Больная 62 лет поступила в стационар с жалобами на увеличение размеров шеи, нарастающую общую мышечную слабость, раздражительность, плаксивость, бессонницу, снижение массы тела, несмотря на удовлетворительный аппетит, сердцебиение и повышение температуры тела до 37,8°C. Начало заболевания связывает с перенесенной 2 года назад ангиной, когда стала появляться немотивированная общая слабость и чувство жара во всем теле. Повышалась температура до 37,9°C. Случайно обнаружила увеличение объема шеи около 1,5 года назад. За помощью не обращалась, не лечилась. Объективно: общее состояние средней	Клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом, узловым, многоузловым зобом. 2021 г.
--	---	---

степени тяжести. Отмечается суетливое поведение больной; речь торопливая. Питание пониженное. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемированные. Кожа кистей и стоп также теплая. Симптом Мари положительный. Выражен блеск глаз; расширение глазной щели. Симптомы Дальрим-пля, Грефе и Кохера положительные. Пульс 116 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 135/65 мм.рт.ст. Аускультативно тоны звучные. Выслушивается усиление первого тона над всеми отделами сердца. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. В легких дыхание жесткое, без хрипов. На передней поверхности шеи имеется опухолевидное образование, увеличивающее диаметр последней. Образование мягкое, безболезненное при пальпации. Цвет кожных покровов над ним не изменен. Кожная температура данной области повышена. После предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении в течение 14 дней больной под общим обезболиванием проведена операция - субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву. В отделении через 10 часов после операции у больной повысилась температура тела до 40⁰С, появилась резкая слабость, тошнота, неукротимая рвота слизью, психоз. 5 раз был жидкий стул. При обследовании состояние тяжелое, не соответствует перенесенной ранее операции. Пациентка резко заторможена, адинамична. На вопросы отвечает не вовремя и невпопад. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пульс 130 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Частота дыхательных движений - 26 в минуту, прерывистое. Артериальное давление - 70/40 мм.рт.ст. с дальнейшей тенденцией к гипотонии.

Вопросы: С каким диагнозом поступила больная? Какое осложнение наступило у больной в послеоперационном периоде? Почему у больной возникло данное осложнение, объясните его причину? Тактика лечения больной? Какие меры профилактики данного осложнения Вы знаете?

Решение задачи: Диагноз: Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), .II степень по классификации ВОЗ. III стадия.по Милку. При обследовании больных с данной патологией можно выявить следующие диагностические признаки:: лабораторные изменения: содержание в крови ТТГ снижено, Т₃ и Т₄ повышено., сахарная кривая носит патологический (диабетический) тип, антиоксидантная функция печени снижена. При УЗИ щитовидной железы последняя диффузно увеличена, возможно неравномерное изменение ее эхогенности. Определение степени поглощения ¹³¹I щитовидной железой указывает, что скорость поглощения резко увеличена через 2-4 и 24 часа. Радиоизотопное сканирование железы позволяет выявить в ней функционально активную ткань. У больной развился послеоперационный тиреотоксический криз на фоне диффузного токсического зоба. Тиреотоксический криз у больных диффузным токсиче-

	ским зобом возможен при недостаточной подготовке к операции, недостаточной функции коркового вещества надпочечников вследствие стрессовой ситуации (операция, инфекционное заболевание и другие факторы). В условиях реанимационного отделения следует провести следующий курс интенсивной терапии: тиреостатические йодсодержащие препараты (мерказоллил и др.), лития карбонат, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин), антиферментные средства (контрикал) для нейтрализации кининов; детоксикационная терапия (в т. ч. экстракорпоральная детоксикация с помощью плазмафереза). Охлаждают магистральные сосуды нижних и верхних конечностей. Проводят вагосимпатическую блокаду по А.В. Вишневскому. Предоперационная подготовка больных должна проводиться в эндокринном отделении с целью достижения максимального эутиреоза - назначение преднизалона (или гидрокортизона), сеансы плазмафереза. Одним из факторов профилактических мероприятий является тщательное промывание операционной раны раствором новокаина 0,25% непосредственно перед наложением швов на операционную рану, бережное отношение к тканям во время оперативного вмешательства. ЗАДАЧА № 23 На прием к Вам обратилась женщина 32 лет с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Других жалоб не предъявляет. Больной себя считает около года, когда случайно заметила объемное образование шеи. Причину возникновения заболевания назвать затрудняется. Чувствует себя вполне удовлетворительно. Размеры образования со слов пациентки за данный промежуток времени не изменились. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Питания среднего. Пульс - 78 ударов в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений – 15 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах. Локально: на передней и левой боковой поверхности шеи имеется образование с четкими краями, размером около 50х20 мм. Нижняя граница образования на 1,5 см. не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно безболезненное, гладкое, эластической консистенции, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожные покровы над ним не изменены, обычной температуры. Основные лимфатические узлы шеи обычных размеров и формы, безболезненные, не сращены с окружающими тканями. Вопросы: Сформулируйте Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Алгоритм диагностики данного заболевания? Составьте план лечения больной. Назовите возможные по-	Клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом, узловым, многоузловым зобом. 2021 г.
--	---	---

	слеоперационные осложнения при данном заболевании и меры по их профилактике? Решение задачи: Диагноз: Узловой (перешейка и левой доли) эутиреоидный зоб II степени по классификации ВОЗ. Данную патологию необходимо дифференцировать со следующими объёмными образованиями шеи: ; срединной кистой шеи; другими заболеваниями щитовидной железы; доброкачественными опухолями- миомой; липомой; тератомой; лимфомой; метастазами злокачественных опухолей. В целях диагностики данной патологии следует прежде всего провести УЗИ щитовидной железы.и тонкоигольную аспирационную биопсию с цитологическим исследованием пунктата, что позволяет исключить злокачественность образования.. Определяют гормоны сыворотки: Т₃; Т₄ в данном случае данные параметры должны быть в пределах нормы. Сканирование щитовидной железы позволяет определить контуры железы и ее размеры, выявить автономную аденому, опухоль, кисты, абберантную тиреоидную ткань. Для исключения загрудинно расположенного зоба необходимо провести рентгеноконтрастное исследование пищевода. Тактика лечения больных с данной патологией неоднозначна. При наличии бессимптомного узлового зоба без признаком малигнизации требуется наблюдение в динамике. Если появляются косметические неудобства или симптомы сдавления – назначают супрессивную терапию тироксином; при отсутствии эффекта – субтотальная резекция щитовидной железы, либо - тиреоидэктомия. Послеоперационными осложнениями данной патологии являются: парез или паралич голосовых связок в результате ранения ветвей возвратного нерва, ларингоспазм, ранение трахеи, кровотечение, гипопаратиреоз. В целях профилактики данных осложнений необходимо бережное манипулирование с тканями во время операции, тщательный контроль гемостаза. Во время оперативного вмешательства следует проследить за ходом возвратного нерва, не манипулировать в глубине раны без контроля зрения. Не менее важно оставление участка щитовидной железы и адекватное ведение послеоперационного периода. ЗАДАЧА № 24 Больная 62 лет доставлена каретой скорой помощи с жалобами на резкие постоянные боли по всему животу без определенной локализации, тошноту, 3-х кратную рвоту съеденной накануне пищей, не приносящую облегчения, жидкий стул. Перед появлением болей отмечалась задержка стула; газы отходят нерегулярно. Вследствие нестерпимых болей, кричит, просит оказать помощь, подтягивает ноги к животу. Из анамнеза выявлено, что заболела 6 часов назад, когда внезапно, без видимых причин возникли острые боли в животе. Вначале они имели схваткообразный характер. Но постепенно стали постоянными. Вызвала карету скорой помощи. Доставлена в стационар. Объективно: общее состояние тяжелое. Больная возбуждена. Пульс - 120 ударов в минуту, арит-	Клинические рекомендации: «Острая мезентериальная ишемия».
--	--	---

	мичный. Артериальное давление – 90/60 мм.рт.ст. Язык подсыхает. Живот подвздут. При пальпации мягкий, болезненный во всех областях. Перкуторно в отлогих местах отмечается притупление звука; кишечные шумы приглушены. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см, эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное. При ректальном исследовании на перчатке кал с примесью крови; слизистая прямой кишки смещается частично. Отмечается болезненность и нависание ее передней стенки. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями Вы считаете необходимым провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? Назовите алгоритм лечения данной патологии? Решение задачи: Диагноз: Мезентериальный тромбоз. Дифференциальный диагноз проводят с: острым холециститом, острым панкреатитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнью Крона, ишемическим колитом. Проводится коагулограмма, общий анализ крови, обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, УЗИ, ФГДС, ирригография, ректороманоскопия и лапароскопия. При декомпенсации мезентериального кровообращения проводят экстренную операцию. Оперативный метод является основным (сосудистые операции /включая эмболэктомию зондом Фогарти/, резекция кишки, комбинация сосудистых операций и резекции кишки). Консервативная терапия заключается в назначении антикоагулянтов, фибринолитиков, спазмолитиков и антимикробных средств. ЗАДАЧА № 25 В приемное отделение доставлена больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, её отек, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение. Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40⁰ С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отек. Обратилась за медицинской помощью. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт.ст. Температура тела - 38,8⁰ С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.	Клинические рекомендации: «Рожистое воспаление (Рожа)».
--	--	--

	Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отечна, с резко ограниченной зоной гиперемии. Покраснение распространяется дугообразно в разные стороны. Пальпаторно данная область болезненная и горячая. Пульсация а. dorsalis pedis и а. tibialis posterior ослаблены. <i>Вопросы:</i> Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования и их интерпретация? Назовите биохимические методы исследования крови, которые необходимо использовать для верификации диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Лечение? Сформулируйте принципы профилактики? <i>Решение задачи:</i> Диагноз: Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести. Кроме обследования, которое позволяет достаточно правильно поставить диагноз рожистого воспаления, следует сделать лабораторные анализы крови и мочи (снижение суточного диуреза; появление белка, эритроцитов и лейкоцитов в моче). Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбофлебите и эризепилоиде (свиной краснухе). Возможные осложнения при рожистом воспалении: лимфангит, тромбофлебит, абсцесс и флегмона, некроз кожи, гнойный отит, пневмония, нефрит, эндокардит, перикардит, слоновость (лимфостаз с возможным переходом в лимфэдему), сепсис. Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течении 4-10 дней. Показаны сульфаниламиды, противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах. Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи. ЗАДАЧА № 26 За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с ир-	Национальное руководство «Гнойная хирургия»(под ред. В.Д. Федорова, Б.М. Костюченка).
--	--	--

радиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38°C , общую слабость, головную боль. Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5x4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дайте определение рассматриваемой патологии? Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Каковы принципы лечения данного заболевания? Сформируйте способы профилактики данного заболевания?

Решение задачи: Скорее всего, у больной гидраденит правой подмышечной впадины. Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез и окружающей клетчатки, локализующееся чаще всего в подмышечной ямке, реже – в паховой и перианальной области. Вызывается гидраденит стафилококком, чаще золотистым. В потовых железах возникает воспалительный инфильтрат с последующим гнойным расплавлением окружающих тканей. Процесс часто имеет подострый характер, постоянно наблюдаются рецидивы. Торпидность течения гидраденита объясняется значительной длиной, узостью и извилистостью потовых протоков, трудностью как элиминации из них микробов, так и воздействия на них. Дифференциальный диагноз следует проводить с: фурункулом, карбункулом и лимфаденитом. Лечение следует построить следующим образом: под анестезией гнойник вскрывается. Также применяется противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение гнойной раны. Профилактика гидраденита - это соблюдение правил личной гигиены, отказ от дезодорантов с надписью «антиперспирант» дезодорирующих и дезинфицирующих, а так же своевременное лечение кожных заболеваний и эндокринных нарушений.

ЗАДАЧА № 27

В приёмное отделение клиники поступил больной 56 лет с жалобами на интенсивные распирающие боли в межлопаточной области, общую слабость, головную боль тошноту и бессонницу. Больной живет в деревне, работает пастухом. Страдает инсулинозависимым сахарным диабетом. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$. Пульс - 96 ударов в 1 минуту. Артериальное давление - 120/90 мм рт.ст.

Национальное руководство
«Гнойная хирургия» (под
ред. В.Д. Федорова, Б.М.
Костюченка).

	Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Status localis: в межлопаточной области имеется напряженный инфильтрат размерами 4х3,5 см. багрово-красного цвета с несколькими отверстиями по типу “сита”, из которого выделяется густой зеленовато-серый гной с резким неприятным запахом. При осмотре визуализируются некротизированные ткани. Пальпаторно инфильтрат болезнен. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Дайте определение данного заболевания? План лечения? Перечислите возможные осложнения данной болезни? Решение задачи: Мы имеем дело с карбункулом межлопаточной области. Дифференциальный диагноз следует проводить с сибирской язвой, абсцессом, флегмоной, нагноившейся атеромой. Сибиреязвенный карбункул чаще всего бывает у больных, контактирующих с животными. Это, как правило, небольшой зудящий узелок с геморрагической пу­стулой на верхушке при отсутствии болезненности и гнойных выделений. Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление множества волосяных луковиц, сальных желез и окружающих их тканей. Чаще всего встречается на шее, голове, спине, конечностях. Инфильтрат распространяется в глубину мышц до фасции. Лечение проводят в условиях хирургического стационара по общим правилам лечения острого гнойного заболевания мягких тканей: вскрытие крестообразным разрезом, эвакуация гноя, иссечение некротических тканей, противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение раны, Физиотерапия. Необходимы повторные анализы крови на сахар, консультация эндокринолога; при необходимости назначение препаратов инсулина. Возможны следующие осложнения: лимфангит, лимфаденит, прогрессирующий тромбофлебит, сепсис, гнойный менингит. ЗАДАЧА № 28 Больная 54 года в течение 6 лет страдает сахарным диабетом. На протяжении последнего года ощущает зябкость, слабость, онемение в нижних конечностях при ходьбе, длительном стоянии, боли в икроножных мышцах при ходьбе, сухость кожи, изменение цвета ногтей, их уплотнение, цианоз пальцев ноги. За последний месяц на II пальце правой стопы образовались пузырьки с серозным содержимым, затем произошло изъязвление кожи с распространением патологического процесса на окружающие ткани. Температура тела поднималась до 38° С. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Локально: пульсация артерий нижних конечностей отсутствует на артериях стоп; на подколенных и бедренных артериях сохранена. II палец правой стопы черного цвета, оте­чен, безболезненный; при пальпации - отсутствие всех видов чувствительности. Имеются кожные дефекты по подошвенной поверхности мягких тканей второго пальца нижней конечности правой	Алгоритмы специализированной медицинской помощи больных с сахарным диабетом 2023 г.
--	--	--

	стопы, из которых выступает серозно-гнойное отделяемое. Общий анализ крови: лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л. Нейтрофилы: сегментоядерные- 52%, палочкоядерные- 12%, юные – 1%, лимфоциты- 20%, эозинофилы – 3%, моноциты – 12%. Общий анализ мочи: удельный вес – 1022; сахар – (+). Сахар крови – 9,8 ммоль/л Коагулограмма: протромбиновый индекс – 82 %; время рекальцификации – 250 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 7 мин.; фибриноген – 4,8 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 5 баллов. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Назовите необходимые методы исследования для постановки диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данной патологии? Решение задачи: Диагноз: Сахарный диабет II тип, стадия субкомпенсации. Диабетическая макро- и микроангиопатия. Влажная гангрена II пальца правой ноги. Следует провести следующие методы исследования: общий анализ крови, биохимию крови, общий анализ мочи, сахар и липиды крови; применение функциональных проб (Панченко и т.д.), доплерографию и дуплексное сканирование. Дифференциальный диагноз проводят с: облитерирующим атеросклерозом, облитерирующим эндартериитом, синдромом Лериша, болезнью Бюргера. Лечение, как правило, оперативное. Больной показана ампутация. Кроме того следует провести коррекцию сахара в организме (инсулинотерапия). Проводят антибиотикотерапию с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Назначают диету; применяют ангиопротекторы и препараты, улучшающие реологические свойства крови. ЗАДАЧА № 29 У 62-летнего больного на четвертые сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита наступило ухудшение. Возник потрясающий озноб с профузным проливным потом. Температура тела - $39,4^0$ С со снижением в течение суток до субфебрильных величин. Наблюдаются тупые постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся при движении. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы субиктеричные, сухие. Пульс – 96 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. Язык подсыхает. При пальпации живот не вздут, болезнен в послеоперационной ране и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. При перкуссии приглушения в отлогих местах нет. В правом подреберье пальпируется увеличенная, болезненная неровная правая доля печени на 3 см. ниже края реберной дуги. За сутки выделилось 700 мл мочи. В последующие дни ознобы не прекращались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует применить для верификации диагноза? С чем связано ухудшение состояния больного? Ваша дальнейшая тактика	Профилактика и лечение рецидива эхинококкоза печени в ближайшие и отдаленные периоды времени» 2017 г.
--	---	--

	ведения больного? Сформулируйте принципы лечения? Решение задачи: У больного вторичный /бактериальный/ абсцесс правой доли печени. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым холангитом, поддиафрагмальным и межкишечным абсцессом, эхинококкозом печени, амёбным абсцессом печени. Наиболее информативными способами исследования являются УЗИ органов брюшной полости и компьютерная томография, которые позволят определить локализацию абсцесса и его объем. Ухудшение состояния, вероятнее всего, связано с развитием бактериального абсцесса и абдоминального сепсиса. Тактика ведения больного должна быть активной – хирургической или мини-хирургической. Существует два способа лечения: 1) лапаротомия, вскрытие, дренирование полости абсцесса и интенсивная, в том числе антибиотикотерапия; 2) чрескожное транспеченочное дренирование полости абсцесса с аспирацией его содержимого и в последующем с промыванием полости антисептиками и антибиотиками. Эту процедуру выполняют под контролем УЗИ или компьютерной томографии. ЗАДАЧА № 30 У пастуха 45 лет последние 2 месяца появились тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии. С течением времени стал отмечать у себя осветленный кал, потемнение мочи и желтушную окраску кожи и склер глаз. Ухудшение состояния в последнюю неделю связывает с появлением на коже сыпи, напоминающей крапивницу. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры глаз иктеричные. На лице, животе, внутренних поверхностях верхних и нижних конечностей - мелкоточечные высыпания диаметром 1-2 мм едва контурирующие над кожей. Пульс – 78 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. При глубокой пальпации в правой доле печени определяется округлое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка без особенностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При прямокишечном исследовании на перчатке кал светло-желтого цвета; стенки кишки не нависают, слизистая смещается. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие способы исследования следует применить? С чем связано ухудшение состояния? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Дальнейшая тактика ведения больного? В чем будет заключаться лечение пациента? Решение задачи: У больного эхинококкоз печени /кистозная (гидатидная) форма/. Дифференциальный диагноз следует проводить с: механической желтухой на фоне желчекаменной болезни и острого холецистита, холангита	Профилактика и лечение рецидива эхинококкоза печени в ближайшие и отдаленные периоды времени» 2017 г.
--	---	--

	(в том числе и первично-склерозирующего), острого панкреатита. Исключают вирусный гепатит и гемолитическую желтуху. Следует применить УЗИ-исследование органов брюшной полости и компьютерную томографию. Из специфических проб, наиболее точны реакция агглютинации с латексом (синтетическая полистирольная смола) и реакция непрямой гемагглютинации; также высокочувствительна проба Казони (внутрикожная реакция со стерильной жидкостью эхинококкового пузыря). Из-за больших размеров кисты произошло сдавление магистральных желчных протоков, вызвавшее механическую желтуху. Аллергическая реакция связана с присутствием живого паразита в организме больного. Наиболее частые осложнения: разрыв гидатидозной кисты с излиянием содержимого в свободную брюшную полость, в просвет желудочно-кишечного тракта, в желчные протоки, в плевральную полость или в бронх, а также нагноение кисты. Тактика заключается в оперативном вмешательстве. Оптимальный способ лечения - эхинококкэктомия. Идеальная эхинококкэктомия, при которой удаляется вся киста со всеми оболочками без вскрытия просвета, применяется редко при небольших размерах кисты и ее краевом расположении. При крупных кистах, расположенных в толще ткани печени, чтобы не ранить сосуды и желчные протоки, применяют удаление кисты с ее герминативной и хитиновой оболочками после предварительной пункции полости кисты с отсасыванием ее содержимого. Этот прием позволяет избежать при выделении кисты ее разрыва и диссеминации паразита. После удаления кисты ее фиброзную оболочку изнутри обрабатывают 2% раствором формалина и ушивают отдельными швами изнутри /капитонаж/.	

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



Ю.И.Веденин

**Фонд оценочных средства для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине**

**«Эндоскопическая хирургия» для обучающихся 2024, 2025 годов
поступления по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год**

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)**

**Перечень универсальных и профессиональных компетенций
выпускников и индикаторы их достижения.**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе оперативного лечения).	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;

	направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания			
ПК-2	готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателя эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1 - дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями органов брюшной и грудной полости.	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний.); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лечения послеоперационных осложнений.	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2. оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; 3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	1 - владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях
-------------	--	--	--	--

Учебно-методические и информационные источники

Основная литература .

1. А.А., Карпачев Оперативная эндоскопия при осложненной ЖКБ / А.А. Карпачев, А.В. Солошенко und А.Л. Ярош. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2020. - 172 с.¹
- 2.Коэн, Дж. Атлас эндоскопии пищеварительного тракта. Возможности высокого разрешения и изображения в узком световом спектре / Дж. Коэн. - М.: Логосфера, 2018. - 870 с.¹
- 3.Креймер, В. Атлас цифровой гастроинтестинальной эндоскопии: моногр. / В. Креймер. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2019-586 с.¹
4. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии.- Александров В.Б М.:МЕД. ПРАКТИКА-М,2003.-188с.(7экз.)
5. Оперативная лапароскопия. Федоров И.В - М.:Триада-Х,2004.- 464с.(3экз.)
6. Эндоскопическая хирургия. Федоров И.В. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА,2009 544с.(1экз.)
7. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: Руководство / В. П. Сажин, А. В. Федоров, А. В. Сажин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 502с.
8. Ручной шов в эндоскопической хирургии. К.В.Пучков, Д.С.Родиченко. М.:ИД МЕДПРАКТИКАМ,2004.-140с.(8экз.)
9. Диагностическая лапароскопия. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Повалев А.В. Москва, МЕДпресс-информ, 2009. – 136 с.
10. Эндоскопическая хирургическая анатомия. Киршняк А. Москва, Медицинская литература, 2014. – 104 с.
11. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Санкт-Петербург, 2002.
12. Лапароскопическая хирургия желудка. С.И.Емельянов, Н.Л.Матвеев, В.В.Феденко. Москва, 2002.
13. Франтзайдес С. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия– St.Louis, Mosby – 2000. – 319 р. (перевод с английского).
14. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В.. Эндоскопическая хирургия. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. – 350 с.
15. Емельянов С.И., Матвеев Н.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. В кн.: 80 лекций по хирургии. Под ред. В.С.Савельева. М.:Литтерра, 2008.– С.526–533.
16. Избранные лекции по эндовидеохирургии. Под ред В.Д.Федорова С.- Петербург, 2004. – 216 с

Диски DVD и CD-ROM

1. Фиксация грудины после чрезстерального доступа к органам грудной клетки(видео-примеры) – Казань/ DVD.
2. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки с использованием синтетических эндопротезов – Казань/ DVD.
3. Лапароскопическая холецистэктомия-Казань/DVD.

4. Диагностическая и оперативная видеоторакоскопия – Казань/DVD.
5. Лараскопическая фундопликация при грыже пищеводного отверстия диафрагмы: классификация, диагностика, показания, хирургическая техника, осложнения- Казань/DVD.
6. Лапароскопическая холедохолитотомия-Казань/DVD. Автор к.м.н. Курбангалеев А.И. студия «ЭРТ-видео».
7. Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости. – Казань/DVD. Автор проф. Малков И.С.
8. Профилактика повреждений внепеченочных желчных путей при лапароскопической холецистэктомии-Казань/DVD
9. Параскопическая лобэктомия –Казань/DVD
10. Клиническая хирургия. Версия 1.1.(Консультант врача) –М.:ГЭОТАР- Медиа, 2009
11. Вideosкопическая забрюшинная поясничная симпатэктомия Казань/DVD. Обыденков С.А.. студия «ЭРТ- видео» CD-ROM
12. Диагностическая и лечебная лапароскопия- Казань/DVD. Автор проф. Малков И.С. студия «ЭРТ- видео» CD-ROM
13. Трахеостомия. Современные технологии. Под ред. д.м.н. чл.-корр. РАЕН Е.М. Шифмана- М.: Интелтек Мультимедиа, 2006. CD-ROM
14. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Приложение к книге. Термины, понятия, Классификация. М.:Изд.-ая гр. ГЭОТАР- Медиа, 2010. CDROM
15. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Том 1: «Общая часть» CD-ROM
16. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Том 2: «Хирургия билиарного тракта и поджелудочной железы». CD-ROM
17. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Том 3 № «Хирургия желудка двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников». CD-ROM
18. Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Том 4: «Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах» CD-ROM
19. Хирургическая панкреатология. 3 CD-ROM
20. Хирургические болезни. Под ред. Черноусова А.Ф. дополнительные главы. Видеофильмы. М.: Изд.-ая гр. ГЭОТАР- Медиа, 2010. CD-ROM
21. Хирургические болезни. Приложение к книге. Под ред. Савельева В.С. CD-ROM
22. Общая хирургия. Приложение к книге. Под ред. С.В. Петрова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. CD-ROM

№ п/п	Наименование ресурса	Адрес сайта
1.	Виртуальный университет	http://www.websurg.com
2.	Институт хирургии	http://www.ihu-strasbourg.eu
3.	Реестр национальных хирургических конгрессов Российского общества хирургов	http://12.surgeons.su
4.	Российское общество хирургов	http://общество-хирургов.pdf
5.	Портал непрерывного медицинского образования	http://nmo-roh.ru
6.	Школа хирургии Российского общества хирургов	http://nmo-roh.ru/obshchaya-informatsiya
7.	Российское общество эндоскопических хирургов	http://www.laparoscopy.ru
8.	Российское эндоскопическое общество	http://www.endoscopia.ru
9.	Научная электронная библиотека	http://elibrary.ru/defaultx.asp
10.	Pubmed - статьи по всем проблемам медицины	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites
11.	Кохрановское сотрудничество. Метаанализы и обзоры по всем проблемам медицины,	http://www.cochrane.org/index_ru.htm

	основанные на исследованиях, соответствующих GCP	
12.	Московское общество специалистов доказательной медицины	http://osdm.msk.ru/moscow.htm

Задания открытого типа ПК1.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Вопрос: Опишите патогенез развития острого деструктивного холецистита, являющегося прямым показанием к экстренной лапароскопической холецистэктомии. Какие факторы способствуют переходу простой желчной колики в деструктивную форму?	Ответ: патогенез начинается с обструкции пузырного протока или шейки желчного пузыря конкрементом. Это приводит к: 1.Повышению внутрипузырного давления, нарушению оттока желчи и растяжению стенки пузыря. 2.Развитию ишемии стенки из-за сдавления сосудов. 3.Присоединению бактериальной инфекции (кишечная палочка, клебсиелла, бактероиды) вследствие восходящего инфицирования из двенадцатиперстной кишки или гематогенным/лимфогенным путем. 1.Прогрессирующему воспалению с выделением медиаторов (простагландины, цитокины), что усугубляет повреждение стенки. 2.Некрозу (гангрене) стенки желчного пузыря и потенциальной перфорации. Факторы, способствующие деструкции: Позднее обращение за медицинской помощью. Сопутствующие заболевания (сахарный диабет, атеросклероз), ухудшающие кровоснабжение и репаративные процессы.	Савельев В.С., Петухов В.А., Соколов Л.К. Острый холецистит // Болезни желчных путей. – М.: ООО «Издательство АСТ», 2003. – С. 137-162.

		Высокая вирулентность микрофлоры. Большой размер и множественность конкрементов.	
2.	Вопрос: Пациент доставлен с клиникой «острого живота». Какие клинические симптомы и данные физикального обследования заставят вас заподозрить перфоративную язву 12 перстной кишки? Какой метод эндоскопической диагностики является золотым стандартом в сомнительных случаях и почему?	Ответ: клинические симптомы: Внезапная, «кинжальная» боль в эпигастрии, которая впоследствии может распространиться по всему животу. Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки (мышечная защита). Положительные симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга). Исчезновение печеночной тупости при перкуссии (симптом Спигарного) due to выходу свободного газа в брюшную полость. Метод диагностики: Золотым стандартом в сомнительных случаях является диагностическая видео-лапароскопия. Почему: Позволяет визуализировать непосредственно место перфорации, истечение желудочно-дуоденального содержимого, характер выпота (серозный, фибринозный, гнойный). Дает возможность провести санацию и дренирование брюшной полости в ходе той же процедуры. Обладает высокой точностью (близкой к 100%) и позволяет провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями (острый аппендицит, холецистит, панкреатит). Меньшая инвазивность по сравнению с диагностической лапаротомией.	1.Черноусов А.Ф.,Богопольский П.М., Курбангалеев С.М. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1996. – 250 с. 2.Клинические рекомендации «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020).

3.	Вопрос: при подозрении на острый аппендицит пациенту выполнен общий анализ крови и УЗИ. Какие лабораторные показатели являются маркерами воспалительного процесса и почему может быть недостаточно только УЗИ? Какой эндоскопический метод позволяет установить диагноз со 100% точностью и каковы его возможности?	Ответ: лабораторные маркеры: лейкоцитоз (повышение общего числа лейкоцитов $> 9-10 \cdot 10^9/\text{л}$). Нейтрофилез (сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появление палочкоядерных и юных форм нейтрофилов). Повышение С-реактивного белка (СРБ $> 10 \text{ мг/л}$). Недостатки УЗИ: Низкая информативность при атипичном расположении отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное). Зависимость от опыта и квалификации врача-сонографа. Помехи со стороны петель кишечника (метеоризм). Эндоскопический метод: диагностическая лапароскопия. Возможности: • Прямая визуализация червеобразного отростка, оценка его формы, цвета, наличия фибринозного налета, гиперемии, перфорации. • Возможность осмотра других органов брюшной полости и малого таза для проведения дифференциальной диагностики. • Возможность немедленного перехода к лечебному мероприятию – лапароскопической аппендэктомии.	1.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 608 с. 2.Guidelines for laparoscopic appendectomy (EAES, 2022).
4.	Вопрос: пациенту с диагностированной желчнокаменной болезнью и перенесенной однократной желчной коликой вы рекомендуете плановую	Ответ: аргументы для плановой операции: 1.Профилактика жизнеугрожающих	Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая

	лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Какие три ключевых аргумента вы приведете пациенту в пользу плановой операции, чтобы мотивировать его на лечение? Опишите, как вы объясните преимущества лапароскопического метода перед открытой операцией.	осложнений: риск развития острого холецистита, механической желтухи, острого билиарного панкреатита или перфорации пузыря при повторной колике. Плановая операция технически проще и безопаснее экстренной. 2.Устранение симптомов и улучшение качества жизни: операция полностью избавит от риска возникновения болей, тошноты, непереносимости жирной пищи. 3.Профилактика рака желчного пузыря: длительное нахождение конкрементов в пузыре является фактором риска развития онкологического заболевания. Объяснение преимуществ ЛХЭ: «Лапароскопическая операция выполняется через несколько небольших проколов (0,5-1 см) на передней брюшной стенке. В отличие от большого разреза при открытой операции, это дает значительные преимущества: Меньшая травматичность и кровопотеря. Значительно менее выраженный болевой синдром после операции. Косметический эффект: вместо большого рубца – малозаметные точки. Сокращение времени госпитализации (до 2-4 дней). Быстрое восстановление и возвращение к обычной жизни и труду».	холецистэктомия . – М.:Медицина, 2000. – 168 с.
5.	Вопрос: какая эндоскопическая методика используется для раннего выявления и лечения предраковых заболеваний и рака желудка? Опишите категории пациентов, которым вы порекомендуете пройти это	Ответ: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)с прицельной биопсией из подозрительных участков слизистой оболочки.	1.Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-

	исследование в рамках профилактических мероприятий.	Категории пациентов для скрининговой ЭГДС: 1. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом, особенно в сочетании с метаплазией и дисплазией эпителия. 2. Пациенты с инфекцией <i>Helicobacter pylori</i> при неэффективности эрадикационной терапии или наличии отягощенного анамнеза. 3. Лица с семейным анамнезом по раку желудка (родственники 1-й линии). 4. Пациенты, перенесшие резекцию желудка в анамнезе (риск развития рака культи). 5. Лица с выявленными аденоматозными полипами желудка. 6. Пациенты с пернициозной (В12-дефицитной) анемией.	Медиа, 2018. – 480 с. 2. Рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) по скринингу и surveillance предраковых состояний желудка (2021).
--	---	--	---

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: пациенту с паховой грыжей вы предлагаете лапароскопическую герниопластику (ТАРП/ТЕР). Объясните пациенту суть данного метода. Какие преимущества лапароскопического метода перед открытой пластикой (по Лихтенштейну) вы highlighted для данного пациента (молодой возраст, физически активный)? Назовите абсолютные и относительные противопоказания к лапароскопическому доступу.	Егиев В.Н., Воскресенский П.К., Багдасаров А.Б. и др. Грыжи живота. – М.: Медпрактика-М, 2019.
2.	Вопрос: Опишите патогенез развития эмпиемы плевры как исхода пара- и метаневмонического плеврита. Каковы стадии её развития? Обоснуйте тактику выбора между торакоскопической санацией/декортикацией легкого и установкой дренажа по Бюлау. Какие лабораторные показатели (в крови и плевральном экссудате) будут свидетельствовать о выраженности гнойной интоксикации?	Зыкин Б.И., Медведев С.В. Торакоскопия в диагностике и лечении заболеваний легких и плевры. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.

3.	Вопрос: опишите патогенетические стадии разлитого перитонита (по Симоняну К.С.). Каковы ведущие клинические проявления в токсической и терминальной стадиях? Обоснуйте преимущества лапароскопической санации и дренирования брюшной полости на ранних этапах перитонита. На какие ключевые лабораторные маркеры (например, прокальцитонин) следует ориентироваться для оценки тяжести состояния и эффективности лечения?	Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. Перитонит. – М.: Литтерра, 2006.
4.	Вопрос: опишите патогенез развития перитонита при перфоративной язве. Назовите классическую клиническую картину и «маски» перфорации. Какую роль играет экстренная диагностическая лапароскопия в ведении таких пациентов и каковы её преимущества перед лапаротомией?	Клинические рекомендации «Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки», (2020).
5.	Вопрос: опишите современные взгляды на этиологию и патогенез острого аппендицита. Перечислите основные клинические симптомы и их патогенетическое обоснование. Почему, несмотря на доступность КТ и УЗИ, диагностическая лапароскопия остается «золотым стандартом» в сомнительных случаях?	Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбангалеев С.М. Хирургические болезни. – М.: Издательский дом «Академия естествознания», 2018. – Гл. 15.

Практический навыки

№	Содержание задания	Источник
1.	Правильное ушивание троакарных ран. Вопрос. Операция завершена. Назовите диаметр троакарных портов, которые обязательно требуют ушивания апоневроза во избежание развития послеоперационных грыж. Объясните, какую технику ушивания (открытую или лапароскопическую под контролем зрения) вы предпочтете и почему.	1. Helgstrand F., Rosenberg J., Kehlet H., et al. Prevention of trocar site herniation following laparoscopic surgery. Dan Med J. 2013 Jul;60(7):A4655. 2. Tonouchi H., Ohmori Y., Kobayashi M., et al. Trocar site hernia. Arch Surg. 2004 Nov;139(11):1248-56.
2.	Обнаружение повреждения полого органа Вопрос. После рассечения спаек обнаружено повреждение стенки тонкой кишки (коагуляционная травма). Опишите тактику в зависимости от степени повреждения. В каком случае можно ушить дефект лапароскопически, а в каком требуется конверсия?	1. Binenbaum S.J., Goldfarb M.A. Inadvertent enterotomy in minimally invasive abdominal surgery. JSLS. 2006 Jul-Sep;10(3):336-40. 2. Клинические рекомендации «Послеоперационные

		осложнения в абдоминальной хирургии», «Общество хирургов России», 2019).
3.	Принцип «Critical View of Safety» при холецистэктомии Вопрос: во время лапароскопической холецистэктомии вы не можете четко идентифицировать элементы шейки желчного пузыря. Сформулируйте три критерия, которым должна соответствовать анатомическая ситуация, чтобы можно было безопасно клипировать и пересечь проток и артерию.	1.Strasberg S.M., Brunt L.M. Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg. 2010 Jul;211(1):132-8. 2.Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь» (МЗ РФ, 2020).
4.	Безопасный доступ в брюшную полость Вопрос: пациенту с ожирением (ИМТ 35) планируется лапароскопическая операция. Объясните, какой метод первичного доступа в брюшную полость вы выберете и почему. Опишите пошагово технику его выполнения.	1. SAGES Manual of Laparoscopic Surgery. Springer, 2019. - Chapter 4: Access to the Abdomen. 2.Клинические рекомендации «Плановые лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости» «Общество эндоскопических хирургов России», 2021).
5.	Техника биполярной коагуляции Вопрос: требуется коагулировать сосуд в брыжейке тонкой кишки. Опишите правильную технику использования биполярных щипцов. Чем она принципиально отличается от монополярной коагуляции и в чем её преимущество рядом с полым органом?	1.Madani A., Namazi B., Figueredo E.J. Energy Devices in Laparoscopic Surgery.In: Laparoscopic Surgery. Springer, 2021. 2.Lamberton G.R., Hsi R.S., Jin D.H., et al. Prospective comparison of four laparoscopic vessel ligation devices.J Endourol. 2008 Oct;22(10):2307-12.

Задания открытого ПК 2.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача: Острый калькулезный холецистит (Этиология, клиника, диагностика, лечение). Клиническая ситуация: В приемное отделение доставлена женщина 55 лет с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошноту, многократную рвоту. Заболела остро, после употребления жирной пищи. Температура тела 38,1°C. Задания: - На основании каких ведущих клинических проявлений и данных физикального обследования (назовите не менее 3 специфических симптомов) можно заподозрить острый калькулезный холецистит? - Какие инструментальные и лабораторные методы диагностики необходимо экстренно выполнить? Какие результаты ожидаемы (например, характерные УЗИ-признаки, изменения в ОАК)? - Обоснуйте выбор хирургической тактики — в пользу экстренной лапароскопической холецистэктомии. Каковы преимущества данного подхода? - Составьте план беседы с пациенткой, объясняя необходимость и суть оперативного вмешательства, а также его основные этапы и риски.	Ответ: ведущие клинические проявления и физикальные симптомы: боль интенсивная, постоянная боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую лопатку, ключицу или плечо (френикус-симптом). Симптом Ортнера: болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге. Симптом Мерфи: резкое усиление боли на вдохе при пальпации в точке проекции желчного пузыря. Симптом Щеткина-Блюмберга: симптом раздражения брюшины, положительный в правом подреберье. Диспепсический синдром: тошнота, рвота, не приносящая облегчения. Интоксикационный синдром: повышение температуры тела, тахикардия. 2. Методы диагностики и ожидаемые результаты: Лабораторные методы: ОАК: лейкоцитоз $> 10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. Биохимический анализ крови: Возможное	1. Клинические рекомендации «Острый холецистит» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2021 г.). 2. Савельев В.С., Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит. // В кн.: Хирургические болезни / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – Т.1. – С. 441-470.

		повышение уровня билирубина, ЩФ, ГГТП (при холедохолитиазе или реактивном гепатите). С-реактивный белок (СРБ): значительное повышение (> 10 мг/л) — маркер острого воспаления. Инструментальные методы: УЗИ органов брюшной полости (золотой стандарт): Наличие конкрементов в желчном пузыре. Утолщение стенки желчного пузыря > 4 мм. «Двойной контур» стенки (отек). Положительный ультразвуковой симптом Мерфи. Наличие перипузырного выпота. 3. Обоснование выбора экстренной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ): Преимущества лапароскопического подхода: Радикальность: полное удаление воспаленного органа, являющегося источником инфекции. Малоинвазивность: меньшая травматичность, кровопотеря и послеоперационная боль по сравнению с открытой операцией. Высокая диагностическая точность: позволяет провести ревизию органов брюшной полости для дифференциальной диагностики. Сокращение сроков: быстрое восстановление, shorter hospital stay, ранняя активизация	
--	--	---	--

		пациента и возврат к труду. Цель экстренной операции: предотвращение развития гангрены, перфорации желчного пузыря и разлитого перитонита. 4. План беседы с пациенткой: «Уважаемая [Имя Отчество], на основании обследования у Вас выявлено острое воспаление желчного пузыря с камнями - острый калькулезный холецистит. Это состояние опасно развитием тяжелых осложнений (гангрена, перитонит), поэтому Вам показана экстренная операция. Мы предлагаем выполнить ее лапароскопическим методом - через 4 небольших прокола на животе. Это позволит удалить желчный пузырь с минимальной травмой. Этапы операции: под общим наркозом в брюшную полость вводится камера и инструменты; пузырь отделяется от печени, артерия и проток пережимаются титановыми клипсами; пузырь извлекается в специальном контейнере. Риски: как и при любой операции, возможны риски кровотечения, повреждения соседних структур (кишечник, общий желчный проток), инфицирования. Однако вероятность этих осложнений при плановой операции значительно ниже, чем риск ожидания при Вашем текущем	
--	--	---	--

		состоянии. Мы приложим все усилия, чтобы минимизировать эти риски».	
2.	Задача: Перфоративная язва желудка (Диагностика, неотложная помощь, профилактика) Клиническая ситуация: Мужчина 45 лет, длительный анамнез язвенной болезни желудка, доставлен с жалобами на внезапную «кинжальную» боль в эпигастрии. Живот доскообразно напряжен, положительн симптом Щеткина-Блюмберга. Задания: 1. Какой метод эндоскопической диагностики является «золотым стандартом» в данной ситуации и почему? Каковы его диагностические возможности? 2. Опишите патогенез развития перитонита после перфорации язвы. 3. Обоснуйте выбор метода оперативного лечения (лапароскопическое ушивание язвы, резекция желудка) в зависимости от стадии перитонита, возраста пациента и характеристик язвы. 4. После успешного оперативного лечения составьте план беседы с пациентом о вторичной профилактике рецидива язвенной болезни (включая эрадикацию <i>H. pylori</i>, коррекцию образа жизни, диспансерное наблюдение).	Ответ: перфоративная язва желудка 1. «Золотой стандарт» диагностики и его возможности: Метод: экстренная диагностическая лапароскопия. Обоснование: позволяет с высокой точностью (близкой к 100%) визуализировать: Прямой признак: наличие перфоративного отверстия в стенке желудка или ДПК, часто прикрытое фибрином или сальником. Характер выпота в брюшной полости (желчный, серозный, гнойный). Распространенность перитонита. Провести дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями (острый панкреатит, аппендицит). 2. Патогенез перитонита: Перфорация язвы - истечение агрессивного желудочного/дуоденального содержимого (соляная кислота, пепсин, желчь, пища) в свободную брюшную полость, химический ожог и асептическое воспаление брюшины (химический перитонит), присоединение бактериальной флоры развитие бактериального перитонита, тяжелая интоксикация,	1.Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»(МЗ РФ, 2020 г.). 2.Старостенко В.И., Гринев М.Э. Неотложная хирургия живота: руководство для врачей.-СПб.: Гиппократ, 2019. - 512 с.(Глава о перфоративных язвах).

		полиорганная недостаточность. 3. Обоснование выбора метода операции: Лапароскопическое ушивание язвы (санация и дренирование): показано при разлитом перитоните, давности заболевания более 6-8 часов, у пациентов старшего возраста с высоким операционным риском. Это менее травматичная операция, направленная на спасение жизни. Резекция желудка (редко, лапароскопически или открыто): Показана при каллезных, пенетрирующих язвах, при подозрении на малигнизацию, при повторной перфорации. Радикальная, но более травматичная операция. 4. План беседы о вторичной профилактике: «Операция прошла успешно, и сейчас главная задача -не допустить повторения этой ситуации. Для этого необходим комплекс мер: 1.Эрадикация <i>H. pylori</i>: пройдите курс антибактериальной терапии, даже если ранее он не проводился. Это основная причина рецидива язвы. 2.Прием лекарств: длительный (иногда пожизненный) прием ингибиторов протонной помпы (ИПП) для снижения кислотности. 3.Диета: соблюдение щадящей диеты (стол №1 по Певзнеру),	
--	--	---	--

		исключение острого, жареного, копченого, кофе, алкоголя. 4.Образ жизни: Отказ от курения, нормализация режима труда и отдыха, минимизация стресса. 5.Диспансерное наблюдение: Регулярные осмотры гастроэнтеролога и контрольные ФГДС 1-2 раза в год для контроля заживления язвы».	
3.	Задача: паховая грыжа (Профилактика, диспансерное наблюдение, выбор метода лечения) Клиническая ситуация: На профилактическом осмотре у мужчины 60 лет выявлена правосторонняя паховая грыжа. Грыжа вправимая, беспокоит чувство дискомфорта и тянущие боли при физической нагрузке. Задания: 1. Какие мероприятия по первичной и вторичной профилактике ущемления грыжи вы порекомендуете пациенту до плановой операции? 2. Обоснуйте выбор метода герниопластики: открытая по Лихтенштейну или лапароскопическая (TAPP/TEP). Укажите преимущества лапароскопического метода для данного пациента. 3. Пациент входит в группу диспансерного учета по поводу ХОБЛ. Как это сопутствующее заболевание влияет на риск возникновения грыжи и тактику ведения пациента (включая подготовку к операции)? 4. Составьте краткий план диспансерного наблюдения за пациентом после выполненной лапароскопической герниопластики.	Ответ: паховая грыжа 1. Мероприятия по профилактике ущемления: Ношение индивидуально подобранного бандажа временно, только до операции!). Исключение тяжелых физических нагрузок, подъема тяжестей. Лечение запоров, заболеваний легких, сопровождающихся кашлем (для снижения внутрибрюшного давления). Нормализация массы тела. 2. Обоснование выбора лапароскопической герниопластики (TAPP/TEP): Преимущества для данного пациента: Меньшая травматичность: доступ через проколы, а не разрез. Меньший послеоперационный болевой синдром. Быстрое восстановление и возврат к активной жизни. Отличный косметический эффект.	1.Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых», «Общество герниологов», 2019 г.). 2.Егиев В.Н., Воскресенский П.К. Грыжи живота. – М.: Медпрактика-М, 2018. – 300 с.

		Возможность одновременно осмотреть и укрепить обе паховые области, что снижает риск возникновения грыжи с другой стороны. 3. Влияние ХОБЛ: ХОБЛ сопровождается постоянным кашлем, что приводит к хроническому повышению внутрибрюшного давления. Это является фактором риска как для возникновения грыжи, так и для её рецидива после операции. Тактика ведения: обязательная предоперационная подготовка у пульмонолога/терапевта для максимальной стабилизации функции дыхания (бронхолитики, отхаркивающие средства). Это снизит риск интра- и послеоперационных легочных осложнений и рецидива грыжи. 4. План диспансерного наблюдения после лапароскопического грыжесечения: Осмотр хирурга через 1 месяц, 6 месяцев и 1 год после операции. УЗИ паховых областей при подозрении на рецидив или серому. Рекомендации по ограничению тяжелых физических нагрузок на 3-6 месяцев. Продолжение наблюдения и лечения у пульмонолога по поводу ХОБЛ.	
--	--	--	--

4.	Задача: раннее выявление колоректального рака (Скрининг, диспансерные группы). Клиническая ситуация: В вашу поликлинику обратился мужчина 52 лет без жалоб. Его отец умер от рака толстой кишки в возрасте 60 лет. Пациент интересуется мерами профилактики. Задания: 1. К какой группе диспансерного наблюдения следует отнести данного пациента? Обоснуйте свой ответ. 2. Какой основной эндоскопический метод скрининга вы ему порекомендуете и с какой периодичностью? Каковы возможности эндоскопии не только в диагностике, но и в первичной профилактике рака? 3. Составьте план беседы с пациентом о подготовке к колоноскопии, объяснив важность качественной очистки кишечника. 4. Какие эндоскопические признаки аденоматозного полипа толстой кишки (по Парижской классификации) являются показанием к его удалению с целью профилактики рака?	Ответ: раннее выявление колоректального рака 1. Группа диспансерного наблюдения: Пациент относится к группе высокого риска по развитию колоректального рака (КРР) из-за отягощенного семейного анамнеза (КРР у родственника 1-й линии в возрасте < 60 лет). 2. Метод скрининга и его возможности: Метод: колоноскопия. Периодичность: начать в 40 лет или на 10 лет раньше возраста возникновения КРР у родственника. При отсутствии патологии — каждые 5 лет. Возможности: Диагностика: визуальный осмотр слизистой, обнаружение полипов, опухолей, воспаления. Первичная профилактика: удаление аденоматозных полипов до их малигнизации (золотой стандарт профилактики КРР). Возможность взятия биопсии. 3. План беседы о подготовке: «Качество колоноскопии на 90% зависит от подготовки. Вам необходимо за 1-3 дня до исследования перейти на бесшлаковую диету (исключить овощи, фрукты, злаки). В день накануне исследования Вы будете пить специальный раствор (слабительное) для полного очищения кишечника. Цель —	1. Клинические рекомендации «Колоректальный рак» (Ассоциация онкологов России, 2023 г.). 2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. — М.: Литтерра, 2021. — 848 с. (Раздел о скрининге). 3. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon // Gastrointest Endosc. 2003;58(6 Suppl):S3-43.
----	--	---	--

		появление прозрачной жидкости из кишечника. Если очистка будет плохой, мы можем не увидеть мелкие полипы, и исследование придется повторить». 4. Эндоскопические признаки полипа, требующие удаления: Любой аденоматозный полип (подтвержденный гистологически) является облигатным предраком и подлежит удалению. По Парижской классификации: удалению подлежат все полипы типа 0-Ip, 0-Is, 0-Isp (выступающие) и 0-IIa (поверхностные приподнятые) размерами более 5 мм, а также все полипы с признаками поверхностного распространения (0-IIb, IIc) или деструкции.	
5.	Задача. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (Мониторинг, тактика) Клиническая ситуация: пациент 65 лет с диагнозом «Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Перемежающаяся хромота» состоит на диспансерном учете. Задания: 1. Какие методы объективного мониторинга состояния периферического кровотока (в т.ч. эндоскопические - ангиоскопия, при наличии) вы будете использовать для динамического наблюдения? 2. Назовите критерии ухудшения состояния, при которых консервативная тактика должна быть пересмотрена в пользу эндоваскулярного (баллонная ангиопластика, стентирование)	Ответ: облитерирующий атеросклероз 1. Методы мониторинга: Клинические: определение дистанции безболевой ходьбы, пальпация пульсации. Инструментальные (неинвазивные): лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ): снижение < 0.9 - основной скрининговый метод. УЗДГ/Дуплексное сканирование артерий: оценка скорости кровотока, локализации и степени стенозов. Тредмил-тест: оценка толерантности к физической нагрузке. Инструментальные (инвазивные, «золотой стандарт»):	1.Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (Российское кардиологическое общество, 2019 г.). 2.Покровский А.В., Клионер Л.И. Сосудистая хирургия. – М.: Медицина, 2020. – 432 с.

	или открытого хирургического вмешательства. 3. Составьте памятку для пациента по первичной и вторичной профилактике прогрессирования заболевания (коррекция факторов риска, уход за стопами, физическая активность). 4. Обоснуйте необходимость диспансерного наблюдения у смежных специалистов (кардиолог, эндокринолог) для данного пациента.	КТ- или МР-ангиография для планирования операции. Периферическая ангиография (рентгенэндоваскулярная) - проводится одновременно с лечебными эндоваскулярными вмешательствами. 2. Критерии ухудшения, требующие операции: Прогрессирование до критической ишемии конечности (III-IV ст. по Фонтейну-Покровскому): боли покоя, трофические язвы, гангрена. Снижение ЛПИ $< 0,4$. Снижение дистанции безболевой ходьбы до 50-100 метров, значительно снижающее качество жизни, при неэффективности консервативной терапии. Эндоваскулярное вмешательство (ангиопластика/стентирование) является методом выбора для коротких стенозов. 3. Памятка для пациента: Отказ от курения (абсолютно необходимо!). Контроль АД, уровня холестерина и глюкозы крови. Дозированная ходьба (30-45 мин. в день) для развития коллатералей. Уход за стопами: ношение удобной обуви, ежедневный осмотр ног на предмет повреждений, гигиена, увлажнение сухой кожи. Диета: низкохолестериновая (гиполипидемическая).	
--	--	---	--

		4. Обоснование наблюдения у смежных специалистов: Атеросклероз — системное заболевание. Поражение артерий ног — лишь его частное проявление. Кардиолог: у таких пациентов крайне высок риск ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта. Необходим контроль ЭКГ, ЭхоКГ. Эндокринолог: для коррекции сахарного диабета или метаболического синдрома, которые являются мощными факторами прогрессирования атеросклероза. Невролог: для оценки состояния церебрального кровотока.	
--	--	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос. Лечение кровотечений из ВРВП. Ситуация: пациенту с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии выполняется ЭГДС. Обнаружены варикозно-расширенные вены пищевода (ВРВП) 3 ст. с признаками угрозы кровотечения (red signs). Задание: - Опишите патогенез развития кровотечения из ВРВП. - Какая эндоскопическая методика является методом выбора для первичной профилактики первого эпизода кровотечения в данной ситуации? Детально опишите технику её выполнения. - Какая методика применяется для остановки активного кровотечения? Объясните преимущества и недостатки каждого метода. - Составьте план беседы с пациентом о необходимости данной процедуры, её рисках и дальнейшем наблюдении.	1.de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76(4):959-974. 2. Клинические рекомендации «Портальная гипертензия у взрослых» (Российское общество по изучению печени, МЗ РФ, 2021).

2.	Вопрос.Эндоскопическое лечение раннего рака ЖКТ Ситуация: при плановой ЭГДС у пациента выявлен очаг измененной слизистой в желудке. При биопсии подтверждена высокодифференцированная аденокарцинома. По данным эндоскопии с увеличением и хромоскопией, а также ЭУС, опухоль соответствует типу 0-IIa (по Парижской классификации), инфильтрация не глубже подслизистого слоя (sm1), без признаков лимфоваскулярной инвазии. Задание: 1. Какие абсолютные и относительные показания к эндоскопической резекции слизистой (EMR) или диссекции в подслизистом слое (ESD) существуют для данного случая? 2. В чем принципиальное различие между методиками EMR и ESD? Для каких типов поражения предпочтительна каждая из них? 3. Опишите этапы выполнения ESD. 4. Какие основные осложнения данных методик и тактику их ведения вы знаете?	1.Pimentel-Nunes P, Libânio D, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Endoscopy. 2022;54(6):591-622. 2.Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer. Dig Endosc. 2021;33(1):4-20.
3.	Вопрос. Скрининг и профилактика колоректального рака (КРР) Ситуация: В поликлинику на диспансерный осмотр приходит условный пациент 55 лет без жалоб. Отец пациента умер от рака толстой кишки в 65 лет. Задание: 1. К какой группе риска по КРР относится данный пациент? Обоснуйте ответ. 2. Какой основной метод скрининга вы ему назначите и почему? Какова рекомендуемая периодичность? 3. Какие эндоскопические находки являются показанием для включения пациента в группу диспансерного наблюдения? Опишите алгоритм мониторинга при выявлении тубулярной аденомы низкой степени дисплазии. 4. Составьте краткую памятку для пациента по подготовке к колоноскопии, объяснив важность каждого этапа.	1.Rex DK, Boland CR, et al. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2017;153(1):307-323. 2.Клинические рекомендации «Колоректальный рак» (Ассоциация онкологов России, 2023).
4.	Вопрос.Диспансерное наблюдение после хирургического лечения ЯБЖ Ситуация: Пациент 50 лет перенес лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка 1 год назад. Состоит на «Д»-учете. Задание: 1. Каковы основные цели диспансерного наблюдения за данным пациентом? 2. Опишите план мониторинга: перечень специалистов, частоту осмотров, инструментальные и лабораторные методы контроля (в т.ч. эндоскопические), сроки их проведения.	

	3. Какая эндоскопическая картина является показанием для плановой резекции желудка? 4. Проведите беседу с пациентом о вторичной профилактике рецидива язвенной болезни (образ жизни, диета, медикаментозная терапия).	
5.	Вопрос. Мониторинг пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ОЗАНК) Ситуация: Пациент 68 лет с диагнозом «Атеросклероз артерий нижних конечностей, перемежающаяся хромота (IIб ст. по Фонтейну)» находится под наблюдением сосудистого хирурга. Задание: 1. Какие неинвазивные инструментальные методы являются основой мониторинга состояния периферического кровотока у данного пациента? Опишите их диагностическую ценность. 2. Назовите критерии ухудшения состояния (прогрессирования ишемии), при которых требуется рассмотреть вопрос об эндоваскулярном (баллонная ангиопластика/стентирование) или открытом хирургическом вмешательстве. 3. Обоснуйте необходимость наблюдения у кардиолога и эндокринолога для данного пациента. 4. Составьте для пациента памятку по уходу за стопами и модификации образа жизни для профилактики прогрессирования заболевания и развития критической ишемии.	1. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(12):e726-e779. 2. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей (Российское кардиологическое общество, 2019).

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос. Диспансерное наблюдение после эндоскопического лечения раннего рака желудка Ситуация: Пациенту 62 лет выполнена эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) по поводу аденокарциномы желудка (тип 0-IIa, pT1a, низкая степень дифференцировки, края резекции свободные). Задания: 1. Обоснуйте необходимость включения пациента в группу диспансерного наблюдения. 2. Составьте план мониторинга: перечень необходимых исследований, их периодичность и сроки проведения. 3. Какие эндоскопические признаки могут указывать на локальный рецидив? 4. Проведите беседу с пациентом о важности регулярного контроля и модификации образа жизни.	Pimentel-Nunes P. et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Endoscopy. 2022;54(6):591-622.*

2.	Вопрос. Мониторинг пациентов с язвенной болезнью желудка после эндоскопического гемостаза Ситуация: Пациент 55 лет госпитализирован с язвенным кровотечением (Forrest IB). Выполнен эндоскопический гемостаз (коагуляция + клипирование). Задания: 1. Обоснуйте необходимость динамического эндоскопического контроля через 4-6 недель. 2. Составьте алгоритм мониторинга при выявлении рубцующейся язвы с признаками высокого риска рецидива (плохой краевой валик). 3. Какие лабораторные показатели требуют контроля в рамках диспансерного наблюдения? 4. Объясните пациенту необходимость эрадикационной терапии и длительного приема ИПП.	Gralnek I.M. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy. 2021;53(3):300-332.*
3.	Вопрос. Профилактика рецидива после эндоскопического лечения желчнокаменной болезни Ситуация: пациентке 48 лет выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу холедохолитиаза с интраоперационной холангиоскопией и литоэкстракцией. Задания: 1. Обоснуйте необходимость включения в группу диспансерного наблюдения. 2. Составьте план УЗ-мониторинга и перечень показаний для повторной ЭРХПГ. 3. Какие модификации образа жизни и медикаментозную профилактику вы порекомендуете? 4. Объясните пациентке связь между ожирением, быстрым похудением и риском рецидива камнеобразования.	European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016;65(1):146-181
4.	Вопрос. Мониторинг пациентов с хронической ишемией нижних конечностей после эндоваскулярных вмешательств Ситуация: Пациенту 70 лет выполнена баллонная ангиопластика и стентирование подвздошной артерии по поводу перемежающейся хромоты (ЛПИ 0.5). Задания: 1. Обоснуйте необходимость регулярного инструментального контроля (УЗДГ/ДС). 2. Составьте график визитов и перечень исследований для оценки эффективности лечения. 3. Какие признаки рестеноза при УЗДГ требуют повторной ангиографии? 4. Проведите беседу о модификации факторов риска (курение, контроль АД, липидов).	Gerhard-Herman M.D. et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease. Circulation. 2017;135(12):e726-e779.

5.	Вопрос. Диспансерное наблюдение при Barrett's esophagus после радиочастотной абляции Ситуация: пациенту 60 лет с дисплазией высокой степени в Barrett's esophagus выполнена радиочастотная абляция. Задания: 1. Обоснуйте протокол эндоскопического наблюдения (сроки и кратность). 2. Опишите технику прицельной биопсии из неопластических участков. 3. Какие эндоскопические признаки указывают на неэффективность лечения? 4. Объясните пациенту необходимость пожизненного наблюдения.	Shaheen N.J. et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol. 2016;111(1):30-50.
----	---	--

Задания открытого типа ПК 5.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача. Послеоперационный перитонит Клиническая ситуация: Пациент 65 лет на 5-е сутки после лапароскопической резекции сигмовидной кишки по поводу дивертикулеза. Жалуется на нарастающую слабость, тошноту, боли по всему животу. Температура тела 38.8°C, ЧСС 112 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. В анализах: лейкоциты $22.0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг 18%, прокальцитонин 8.5 нг/мл, СРБ 240 мг/л. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10, обоснуйте тяжесть состояния пациента. 2. Опишите патогенез развития эндотоксикоза и системной воспалительной реакции при данном состоянии. 3. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза и иммунного статуса. 4. Обоснуйте необходимость экстренной релапароскопии и алгоритм интраоперационной санации. 5. Составьте план эмпирической антибактериальной терапии с учетом вероятных возбудителей.	Ответ: Послеоперационный перитонит 1. Предварительный диагноз по МКБ-10: K65.0 - Острый перитонит. Обоснование тяжести: состояние тяжелое due to наличия синдрома системной воспалительной реакции (SIRS): лихорадка $>38^\circ\text{C}$, тахикардия >90 уд/мин, лейкоцитоз $>12.0 \times 10^9/\text{л}$. Высокий уровень прокальцитонина (>2 нг/мл) свидетельствует о тяжелой бактериальной инфекции и сепсисе. Гипотензия (АД 90/60 мм рт.ст.) указывает на развитие септического шока. 1. Патогенез эндотоксикоза и SIRS: перфорация кишечника (возможная несостоятельность анастомоза) → попадание кишечного содержимого (бактерии, эндотоксины LPS грамотрицательной флоры) в брюшную полость → массивное высвобождение	Sartelli M. et al. WSES guidelines for the management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2021;16(1):49.

		провоспалительных цитокинов (TNF-α, IL-1, IL-6) → активация каскада коагуляции, повреждение эндотелия → повышение проницаемости сосудов, выход жидкости в интерстиций → гиповолемия, тканевая гипоперфузия → полиорганная дисфункция (ПОН) и септический шок. 1.Интерпретация показателей: Лейкоциты $22.0 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево: маркер острой бактериальной инфекции. Прокальцитонин 8.5 нг/мл: высокоспецифичный маркер тяжелой бактериальной инфекции и сепсиса. Уровень >2 нг/мл является показанием к назначению антибактериальной терапии. СРБ 240 мг/л: неспецифический маркер воспаления, подтверждает выраженный воспалительный ответ. 2.Обоснование релапароскопии: экстренная релапароскопия является методом выбора для верификации диагноза, выявления и устранения источника перитонита (санация, дренирование). Алгоритм интраоперационной санации: ревизия брюшной полости, выявление источника (несостоятельность анастомоза). взятие перитонеального экссудата для	
--	--	---	--

		бактериологического исследования. источника (ушивание дефекта, выведения стомы). Тщательная санация брюшной полости большим объемом (8-10 л) теплого физиологического раствора. Установка дренажей в полость малого таза и поддиафрагмальные пространства. План эмпирической АБТ: учитывая внутригоспитальный характер инфекции и высокий риск полирезистентной флоры, необходима комбинированная терапия: Карбапенемы (Меропенем 1 г в/в каждые 8 ч) или Пиперациллин/тазобактам 4.5 г в/в каждые 6 ч. +препарат против MRSA (Ванкомицин 15-20 мг/кг в/в каждые 8-12 ч или Линезолид 600 мг в/в каждые 12 ч). +препарат против грибов (Флуконазол 400 мг/сут в/в при факторах риска кандидоза).	
2.	Задача. Инфицированный панкреонекроз Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 3 недели от начала тяжелого острого билиарного панкреатита. Сохраняется лихорадка до 39°C, лейкоцитоз $18.0 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 12 нг/мл. При КТ: жидкостные скопления в парапанкреальной клетчатке с газовыми пузырьками. Задания: 1. Поставьте диагноз по МКБ-10 и оцените тяжесть состояния.	Ответ: Инфицированный панкреонекроз 1. Диагноз по МКБ-10: K85.1 - Острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз. Оценка тяжести: Тяжелое состояние due to сепсиса (лихорадка, лейкоцитоз, высокий прокальцитонин) на фоне инфицирования панкреонекроза. КТ-признаки (газ в	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1-e15. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1-e15.

	2. Объясните иммунопатогенез инфицирования панкреонекроза. 3. Интерпретируйте маркеры эндотоксикоза и их динамику. 4. Обоснуйте выбор минимально инвазивного метода дренирования (эндоскопический vs чрескожный). 5. Назначьте антибактериальную терапию с учетом проникновения в некротические ткани.	жидкостных скоплениях) являются прямым указанием на инфицирование. 1.Иммунопатогенез: Тяжелый острый панкреатит → некроз ткани поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки → формирование стерильного инфильтрата → транслокация бактерий из просвета кишечника (чаще всего <i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Enterococcus spp.</i>, <i>Bacteroides</i>) в зону некроза → инфицирование некротических масс → мощная системная воспалительная реакция и сепсис. 1.Интерпретация маркеров: Прокальцитонин 12 нг/мл: крайне высокий уровень, абсолютное показание к хирургической/интервенционной санации очага инфекции. Динамика маркеров (нарастание) подтверждает неконтролируемую инфекцию. 2.Выбор метода дренирования: предпочтение следует отдать ступенчатому минимально инвазивному подходу ("step-up approach"): Первый этап: чрескожное дренирование под УЗ/КТ-наведением для эвакуации инфицированного содержимого и стабилизации состояния. При неэффективности: видеоассистированная ретроперитонеальная санация (VARD) или	
--	--	--	--

		Эндоскопический трансгастральный/трансдуоденальный доступ (псевдоцистогастростомия/дуоденостомия с некрсеквестрэктомией). Эндоскопические методы предпочтительнее при центрально расположенных коллекторах. 1. Антибактериальная терапия: препараты должны иметь высокое проникновение в некротическую ткань: Карбапенемы (Имипенем, Меропенем) или Цефтазидим + Метронидазол или Фторхинолоны (Ципрофлоксацин) + Метронидазол.	
3.	Задача. Перфоративная гастродуоденальная язва Клиническая ситуация: Пациент 45 лет с язвенной болезнью в анамнезе доставлен с "кинжальной" болью в эпигастрии. При осмотре: "доскообразный" живот, симптомы раздражения брюшины резко положительные. Пневмоперитонеум на обзорной R-графии ОБП. Лейкоциты $16.0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 120 Ед/л. Задания: 1. Сформулируйте диагноз по МКБ-10 и определите показания к экстренной операции. 2. Проведите дифференциальную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями. 3. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики (ушивание vs резекция). 4. Назначьте антибактериальную терапию с учетом интраабдоминальной инфекции. 5. Объясните патогенез развития панкреатической гиперاميлаземии при перфорации.	Ответ: Перфоративная гастродуоденальная язва 1. Диагноз по МКБ-10: K25.1 - Острая язва желудка с прободением (или K26.1 - duodenum). Показания к экстренной операции: наличие свободного газа в брюшной полости (пневмоперитонеум) и симптомы разлитого перитонита являются абсолютными показаниями к экстренному оперативному вмешательству. 2. Дифференциальная диагностика: Острый панкреатит: боли опоясывающего характера, высокая амилаза крови/мочи, нет пневмоперитонеума. Острая кишечная непроходимость: схваткообразные боли, рвота, "чаши Клойбера"	Lau J.Y. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion. 2011;84(2):102-113.

		на R-грамме, нет пневмоперитонеума. Острый аппендицит: миграция болей из эпигастрия в правую подвздошную область, нет пневмоперитонеума. Острый инфаркт миокарда (абдоминальная форма): изменения на ЭКГ, повышение кардиоспецифичных ферментов. Выбор лапароскопической тактики: Лапароскопическое ушивание язвы показано при разлитом перитоните, давности заболевания >6-8 часов, у пациентов с высоким операционным риском. Резекция желудка показана при каллезных, гигантских, кровоточащих язвах, при подозрении на малигнизацию. Антибактериальная терапия: эмпирическая терапия должна покрывать грамотрицательные энтеробактерии и анаэробы: Цефалоспорины III-IV поколения (Цефтриаксон, Цефепим) + Метронидазол или Ингибиторозащищенные пенициллины (Амоксициллин/клавуланат) или Карбапенемы (при тяжелом перитоните). Патогенез гиперамилаземии: воспаление брюшины и перитонеальный выпот при перфорации приводят к резорбции ферментов (амилазы) в системный	
--	--	---	--

		кровоток, что вызывает ее умеренное повышение.	
4.	Задача. Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту, отсутствие стула 3 дня. При КТ: уровень жидкости в кишечнике, симптом "урезанного серпа". Лейкоциты $14.0 \times 10^9/\text{л}$, лактат 3.5 ммоль/л. Задания: 1. Поставьте диагноз по МКБ-10 и определите показания к операции. 2. Опишите патогенез эндотоксикоза при кишечной непроходимости. 3. Интерпретируйте показатели ишемии кишечника (лактат, КЩС). 4. Обоснуйте необходимость предоперационной подготовки (инфузионная терапия, коррекция электролитов). 5. Составьте план антибактериальной терапии.	Ответ: Острая кишечная непроходимость Диагноз по МКБ-10: K56.6 - Другая и неуточненная кишечная непроходимость. Показания к операции: Абсолютные: симптомы перитонита, странгуляционная непроходимость (по данным КТ - симптом "урезанного серпа", отсутствие кровотока в стенке кишки), наличие газа в портальной системе. Относительные: неэффективность консервативной терапии в течение 12-24 часов. Патогенез эндотоксикоза: обструкция просвета кишки $\rightarrow \uparrow$ внутрипросветного давления $\rightarrow$ нарушение венозного оттока и артериального притока $\rightarrow$ ишемия стенки кишки $\rightarrow \uparrow$ проницаемости $\rightarrow$ транслокация бактерий и эндотоксинов (LPS) через поврежденную стенку кишки в брюшную полость и системный кровоток $\rightarrow$ эндотоксемия и сепсис. Интерпретация показателей ишемии: Лактат 3.5 ммоль/л: маркер тканевой гипоперфузии и анаэробного метаболизма. Уровень >2 ммоль/л является прогностически неблагоприятным и указывает на ишемию кишки. КЩС: метаболический ацидоз (снижение pH,	Di Saverio S. et al. WSES guidelines for the management of acute left-sided colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2016;

		дефицит оснований) подтверждает тяжелую ишемию. Предоперационная подготовка: инфузионная терапия кристаллоидами (раствор Рингера, физиологический раствор) для коррекции гиповолемии. Коррекция электролитных нарушений (калий, магний). Установка назогастрального зонда для декомпрессии. Начало эмпирической антибактериальной терапии. Антибактериальная профилактика: перед операцией с высокой вероятностью контаминации: Цефазолин 2 г в/в + Метронидазол 500 мг в/в (за 30-60 мин до разреза).	
5.	Задача. Послеоперационный панкреатический свищ Клиническая ситуация: Пациент 55 лет после лапароскопической панкреатодуоденальной резекции. На 7-е сутки – повышение амилазы в дренажном отделяемом до 5000 Ед/л, лихорадка 38.5°C. Лейкоциты 15.0×10⁹/л, СРБ 180 мг/л. Задания: 1. Классифицируйте свищ по ISGPS и оцените тяжесть состояния. 2. Объясните патогенез активации панкреатических ферментов. 3. Обоснуйте необходимость ЭРХПГ со стентированием панкреатического протока. 4. Назначьте терапию ингибиторами секреции поджелудочной железы.	Ответ: Послеоперационный панкреатический свищ 1.Классификация по ISGPS: Биохимический свищ: амилаза в дренаже > верхней границы нормы в сыворотке в 3 раза, без клинических проявлений. Клинически значимый свищ (Grade B): амилаза >5000 Ед/л, требуется изменение ведения: оставление дренажей >3 недель, эндоскопическое/рентгенологическое вмешательство, признаки инфекции (лихорадка, лейкоцитоз). Патогенез: повреждение протока поджелудочной железы во время резекции	Bassi C. et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula. Surgery. 2017;161(3):584-591

	5. Составьте план антибактериальной терапии при признаках инфицирования.	→ утечка панкреатического сока, богатого ферментами (амилаза, липаза) → аутолиз окружающих тканей → воспаление, формирование свищевого хода. Активация ферментов происходит при контакте с кишечным содержимым и тканевой жидкостью. Обоснование ЭРХПГ: Цель: снижение давления в главном панкреатическом протоке (МПП) для создания оттока "от свища". Стентирование МПП позволяет шунтировать место повреждения, перенаправляя панкреатический секрет в двенадцатиперстную кишку, что способствует закрытию свища. Терапия ингибиторами секреции: Октреотид (аналог соматостатина) 100-200 мкг п/к 3 раза в день. Подавляет экзокринную секрецию поджелудочной железы, уменьшая объем свищевых отделяемых и способствуя его закрытию. План АБТ при инфицировании: эмпирическая терапия против внутригоспитальной грамотрицательной и анаэробной флоры: Цефтазидим + Метронидазол или Ципрофлоксацин + Метронидазол или Карбапенемы (при тяжелой инфекции).	
--	---	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: Дифференциальная диагностика острого живота Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 1200 Ед/л. Задания: 1. Проведите дифференциальную диагностику между острым панкреатитом, перфоративной язвой и острым холециститом 2. Опишите эндоскопические находки, характерные для каждой патологии 3. Обоснуйте необходимость экстренной ЭРХПГ при подозрении на билиарный панкреатит 4. Составьте план лабораторной и инструментальной диагностики	Tenner S, et al. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2013;108(9):1400-1415.
2	Вопрос: Оценка тяжести при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет с тяжелым острым панкреатитом. На 3-и сутки - лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8.2 нг/мл, креатинин 210 мкмоль/л. Задания: 1. Рассчитайте баллы по шкалам Ranson и APACHE II 2. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза 3. Обоснуйте показания к эндоскопическому дренированию 4. Составьте план антибактериальной терапии	Banks PA, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-111.
3.	Вопрос: Тактика при перитоните Клиническая ситуация: Пациент 60 лет после лапароскопической холецистэктомии. На 5-е сутки - лихорадка 39°C, лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, признаки свободной жидкости при УЗИ. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10 2. Обоснуйте выбор между релапароскопией и чрескожным дренированием 3. Опишите технику лапароскопической санации 4. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию	Sartelli M, et al. WSES guidelines for the management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2018;13:3.

4.	Вопрос: Диагностика и лечение ЖКК Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с рвотой "кофейной гущей", Нб 75 г/л, ЧСС 115 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Задания: 1. Определите степень тяжести кровотечения по шкале Rockall 2. Обоснуйте сроки выполнения экстренной ЭГДС 3. Опишите эндоскопические методы гемостаза 4. Составьте план трансфузионной терапии	Laine L, et al. ACG clinical guideline: upper gastrointestinal and ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2021;116(5):899-917.
5.	Вопрос: Тактика при остром холецистите Клиническая ситуация: Пациент 65 лет с желчной коликой, температурой 38.8°C, положительным симптомом Мерфи, лейкоцитами $16 \times 10^9/\text{л}$. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Обоснуйте сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Составьте план антибиотикотерапии	Okamoto K, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):96-100.

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Задание: профилактика осложнений Клинический случай: Пациент 72 года планируется на лапароскопическую резекцию кишечника. ИМТ 34, ХОБЛ, СД 2 типа. Задачи: 1. Оцените операционный риск 2. Составьте план предоперационной подготовки 3. Выберите метод обезболивания 4. Назначьте антитромботическую prophylaxis Критерии оценки: • Полнота оценки рисков • Адекватность предоперационной подготовки • Обоснованность выбора анальгезии • Правильность профилактики тромбоэмболий	Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695.

2.	Задание: лечение послеоперационных осложнений Клинический случай: Пациент после гастрэктомии. На 7-е сутки: температура 38.9°C, амилаза в дренаже 8500 Ед/л. Задачи: 1. Диагностируйте осложнение 2. Определите показания к ЭРХПГ 3. Опишите технику стентирования панкреатического протока 4. Назначьте терапию октреотидом Критерии оценки: • Точность диагностики • Обоснованность показаний к ЭРХПГ • Знание техники вмешательства • Правильность назначения терапии	Bassi C., Marchegiani G., Dervenis C. et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula. Surgery. 2017;161(3):584-591.
3.	Задание: лечение острого холецистита Клинический случай: Пациент 55 лет, боли в правом подреберье, температура 38.8°C, положительный симптом Мерфи, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$. Задачи: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Определите сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Назначьте антибактериальную терапию Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Соблюдение временных рамок операции • Знание техники операции • Адекватность АБТ	Okamoto K., Suzuki K., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):55-72.
4.	Задание 3: Тактика при разлитом перитоните Клинический случай: Пациент 65 лет, на 5-е сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 39.5°C, лейкоциты $28 \times 10^9/\text{л}$, симптомы раздражения брюшины. Задачи: 1. Установите предварительный диагноз по МКБ-10 2. Определите показания к релапароскопии 3. Составьте план интраоперационной санации 4. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию	Sartelli M., Chichom-Mefire A., Labricciosa F.M. et al. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2017;

	Критерии оценки: • Правильность формулировки диагноза • Обоснованность выбора метода лечения • Адекватность плана санации • Соответствие АБТ клиническим рекомендациям	
5.	Задание: Дифференциальная диагностика острого живота Клинический случай: Пациент 52 года, доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастриальной области, тошноту, многократную рвоту. Температура 38.7°C. В анамнезе ЖКБ. Задачи: 1. Проведите дифференциальную диагностику между: ○ Острым панкреатитом ○ Острым холециститом ○ Перфоративной язвой желудка 2. Назначьте необходимые лабораторные и инструментальные исследования 3. Составьте алгоритм неотложных мероприятий 4. Определите показания к экстренной эндоскопии Критерии оценки: • Правильность интерпретации клинических данных • Обоснованность назначения исследований • Соответствие алгоритма клиническим рекомендациям	Williams N., Bulstrode C., O'Connell P. Bailey & Love's Short Practice of Surgery. 27th ed. CRC Press, 2018.

Задания открытого типа ПК 6.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задание: острый калькулезный холецистит у пациента пожилого возраста Клиническая ситуация: Пациентка 72 лет доставлена с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Температура 38.3°C. Сопутствующий диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК II. При УЗИ: конкременты в желчном пузыре, утолщение стенки до 6 мм, положительный ультразвуковой симптом Мерфи. Вопросы:	Ответ. Острый калькулезный холецистит у пациента пожилого возраста 1. Оценка тяжести состояния: Состояние пациентки средней степени тяжести. Ухудшение связано с развитием острого воспаления на фоне возрастных изменений (снижение резервных возможностей сердечно-сосудистой системы, наличие коморбидной	Клинические рекомендации «Острый калькулезный холецистит» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2021 г.)

	1. Оцените тяжесть состояния пациентки с учетом возрастных особенностей и сопутствующей патологии 2. Определите показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки с коррекцией кардиальных рисков 4. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики 5. Опишите возможные интраоперационные риски и тактику их профилактики	патологии). Риск операционного вмешательства повышен из-за ИБС. 1.Показания к экстренному оперативному лечению: Наличие острого калькулезного холецистита, подтвержденного клинически и инструментально, является показанием к экстренному оперативному лечению для предотвращения развития деструктивных форм и перитонита. 2.План предоперационной подготовки: Консультация кардиолога для оценки операционного риска и коррекции терапии ИБС. ЭКГ, ЭхоКГ для оценки состояния миокарда и клапанного аппарата. Коррекция водно-электролитного баланса (инфузионная терапия). Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + метронидазол). Адекватное обезболивание. 3.Обоснование выбора лапароскопической тактики: лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора due to меньшей травматичности, сокращения времени операции и послеоперационного периода, что особенно важно у пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией. 4.Интраоперационные риски и профилактика:	
--	--	---	--

		Риски: кровотечение, повреждение желчных протоков, сердечно-сосудистые осложнения. Тщательный гемостаз, визуализация элементов гепатодуоденальной связки (принцип "critical view of safety"), интраоперационный мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ.	
2.	Задание: Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на внезапно возникшую "кинжальную" боль в эпигастральной области. При осмотре: живот напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. На обзорной рентгенографии ОБП - серповидное просветление под диафрагмой. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз в соответствии с МКБ-10 2. Определите объем неотложных мероприятий 3. Обоснуйте выбор оперативного доступа (лапароскопический vs открытый) 4. Составьте план послеоперационного ведения 5. Назначьте терапию для эрадикации <i>Helicobacter pylori</i>	Ответ: Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки 1.Диагноз по МКБ-10: K26.1 - Острая язва двенадцатиперстной кишки с прободением. 2.Объем неотложных мероприятий: Срочное выполнение ЭКГ, обзорной R-графии ОБП (пневмоперитонеум). Установка периферического катетера, начало инфузионной терапии (кристаллоиды). Введение антибиотиков широкого спектра действия. Подготовка к экстренной операции. 3.Выбор оперативного доступа: лапароскопический доступ предпочтителен due to меньшей травматичности, возможности адекватной санации брюшной полости, быстрой реабилитации. Показания: давность перфорации до 12 часов, отсутствие разлитого перитонита. 4.План послеоперационного ведения: Антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения + метронидазол).	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020 г.)

		Инфузионная терапия, коррекция водно-электролитного баланса. Анальгезия. Эндоскопический контроль через 4-6 недель. 5.Терапия для эрадикации Helicobacter pylori: Ингибитор протонной помпы (омепразол 20 мг 2 раза в день) Кларитромицин 500 мг 2 раза в день Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день Длительность терапии 14 дней.	
3.	Задание: Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 68 лет, жалуется на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула 4 дня, рвоту. При КТ: уровни жидкости в кишечнике, симптом "урезанного серпа". В анамнезе: операция по поводу рака сигмовидной кишки 2 года назад. Вопросы: 1. Определите форму кишечной непроходимости 2. Оцените показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки 4. Обоснуйте выбор лапароскопической тактики 5. Опишите принципы послеоперационного ведения	Ответ: Острая кишечная непроходимость 1.Форма кишечной непроходимости: По механизму - обтурационная (спаечная) кишечная непроходимость. По клиническому течению - острая. 1.Показания к экстренному оперативному лечению: отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2-3 часов, нарастание явлений интоксикации, появление симптомов перитонита. 2.План предоперационной подготовки: Установка назогастрального зонда для декомпрессии. Инфузионная терапия (коррекция водно-электролитных нарушений, дезинтоксикация). Антибактериальная терапия. Подготовка операционного поля. 3.Обоснование выбора лапароскопической	Клинические рекомендации «Острая кишечная непроходимость» (Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов», 2019 г.)

		тактики: лапароскопия показана при отсутствии выраженного пареза кишечника, возможности адекватной визуализации и низком риске повреждения кишки. Позволяет провести ревизию брюшной полости, рассечение спаек. 4.Принципы послеоперационного ведения: Продолжение инфузионной терапии. Антибактериальная терапия. Стимуляция моторики кишечника. Постепенное расширение диеты.	
4.	Задание: Послеоперационная вентральная грыжа Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, перенес лапаротомию по поводу прободной язвы 1 год назад. Обратился с жалобами на выпячивание в области послеоперационного рубца, боли при физической нагрузке. Вопросы: 1. Определите показания к плановому оперативному лечению 2. Выберите метод герниопластики (лапароскопический vs открытый) 3. Составьте план предоперационного обследования 4. Опишите технику лапароскопической герниопластики 5. Назначьте программу реабилитации	Ответ: Послеоперационная вентральная грыжа 1.Показания к плановому оперативному лечению: наличие вентральной грыжи, болевой синдром, риск ущемления. Плановое лечение позволяет провести адекватную предоперационную подготовку. 2.Выбор метода герниопластики: лапароскопическая герниопластика предпочтительна due to меньшей травматичности, низкой частоты рецидивов, лучшего косметического эффекта. 3.План предоперационного обследования: УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки. При больших грыжах - КТ брюшной полости для оценки содержимого	Клинические рекомендации «Вентральные грыжи» (Общероссийская общественная организация «Российское общество герниологов», 2020 г.)

		грыжевого мешка и состояния мышц передней брюшной стенки. Общеклинические обследования (ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма). 4.Техника лапароскопической герниопластики: Формирование пневмоперитонеума. Введение троакаров. Выделение грыжевых ворот. Пластика с использованием сетчатого имплантата. Фиксация имплантата. 5.Программа реабилитации: Ограничение физических нагрузок на 2-3 месяца. Ношение бандажа. Лечебная физкультура для укрепления мышц брюшного пресса.	
5.	Задание: острый аппендицит у беременной Клиническая ситуация: Беременная 28 лет, срок 22 недели. Жалуется на боли в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры до 37.8°C. При УЗИ: увеличенный червеобразный отросток до 9 мм, свободная жидкость в правой подвздошной области. Вопросы: 1. Оцените особенности клинической картины при беременности 2. Определите показания к экстренному оперативному лечению 3. Составьте план предоперационной подготовки с учетом беременности 4. Обоснуйте выбор лапароскопического доступа 5. Опишите особенности послеоперационного ведения	<i>Ответ. Острый аппендицит у беременной</i> 1.Особенности клинической картины при беременности: Смещение слепой кишки и червеобразного отростка растущей маткой, что может приводить к атипичной локализации болей. Диагностика затруднена из-за ограниченного использования методов визуализации. 1.Показания к экстренному оперативному лечению: Подозрение на острый аппендицит у беременной является показанием к экстренной операции due to высокого риска осложнений для матери и плода.	Клинические рекомендации «Острый аппендицит у беременных» (МЗ РФ, 2021 г.)

		2.План предоперационной подготовки с учетом беременности: Консультация акушера-гинеколога. УЗИ брюшной полости и плода. Щадящая инфузионная терапия. Выбор антибиотиков, безопасных для плода (цефалоспорины, пенициллины). 3.Обоснование выбора лапароскопического доступа: лапароскопия допустима в I и II триместрах беременности. Преимущества: меньшая травматичность, быстрая реабилитация, точная диагностика. 4.Особенности послеоперационного ведения: Мониторинг состояния плода. Профилактика угрозы прерывания беременности. Продолжение антибактериальной терапии препаратами, безопасными для плода. Ранняя активизация.	
6.	Задание: осложнения после лапароскопических операций Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, на 3-и сутки после лапароскопической холецистэктомии. Жалуется на повышение температуры до 39°C, боли в животе. При УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости. Вопросы: 1. Проведите дифференциальную диагностику послеоперационных осложнений 2. Определите объем дополнительного обследования 3. Составьте план лечебных мероприятий	Ответ: осложнения после лапароскопических операций 1.Дифференциальная диагностика: Инфицированная гематома, несостоятельность швов культи пузырного протока, пропущенное повреждение желчных протоков, послеоперационный панкреатит. 2.Объем дополнительного обследования:	Клинические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений после лапароскопических операций» (МЗ РФ, 2022 г.)

	4. Обоснуйте показания к релапароскопии 5. Опишите принципы антибактериальной терапии	экстренное УЗИ брюшной полости с оценкой свободной жидкости. КТ брюшной полости с контрастированием при неинформативности УЗИ. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (билирубин, ЩФ, АЛТ, АСТ, амилаза). При наличии дренажа - посев отделяемого. 3.План лечебных мероприятий: Интенсивная инфузионная терапия. Антибактериальная терапия широкого спектра действия. При наличии абсцесса - чрескожное дренирование под УЗ-наведением. 4.Показания к релапароскопии: неэффективность консервативной терапии, прогрессирование перитонита, продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. 5.Принципы антибактериальной терапии: эмпирическая терапия цефалоспорины III поколения + метронидазол. После получения результатов посева - коррекция терапии.	
7.	Задание: подготовка к плановой лапароскопической операции у пациента с ожирением Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, ИМТ 38. Планируется лапароскопическая операция по поводу паховой грыжи. Сопутствующий диагноз: сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия. Вопросы:	Ответ: подготовка к плановой лапароскопической операции у пациента с ожирением 1.Оценка операционно-анестезиологического риска: риск высокий из-за ожирения, сахарного диабета, артериальной гипертензии. Необходима консультация	Клинические рекомендации «Паховые грыжи у взрослых» (Общероссийская общественная организация «Общество герниологов», 2019 г.)

	1. Оцените операционно-анестезиологический риск 2. Составьте план предоперационного обследования 3. Определите необходимость коррекции сопутствующей патологии 4. Обоснуйте особенности лапароскопического доступа при ожирении 5. Назначьте программу профилактики тромбоэмболических осложнений	эндокринолога и кардиолога для коррекции терапии. 2.План предоперационного обследования: Общеклинические анализы (ОАК, ОАМ, биохимия крови, коагулограмма). Глюкоза крови, HbA1c. ЭКГ, ЭхоКГ. УЗИ вен нижних конечностей. Консультация терапевта, эндокринолога, кардиолога. 3.Необходимость коррекции сопутствующей патологии: обязательная коррекция уровня глюкозы крови, подбор антигипертензивной терапии. 4.Особенности лапароскопического доступа при ожирении: Использование специальных длинных троакаров и инструментов. Тщательное формирование пневмоперитонеума (метод открытой лапароскопии по Хассону). Возможно использование дополнительных портов для лучшей экспозиции. 5.Программа профилактики тромбоэмболических осложнений: Низкомолекулярные гепарины за 12 часов до операции и в послеоперационном периоде. Эластическая компрессия нижних конечностей. Ранняя активизация.	
--	---	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	<i>Вопрос: дифференциальная диагностика острого живота</i> Клиническая ситуация: Пациент 45 лет доставлен с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови 1200 Ед/л. Задания: 1. Проведите дифференциальную диагностику между острым панкреатитом, перфоративной язвой и острым холециститом 2. Опишите эндоскопические находки, характерные для каждой патологии 3. Обоснуйте необходимость экстренной ЭРХПГ при подозрении на билиарный панкреатит 4. Составьте план лабораторной и инструментальной диагностики	Клинические рекомендации «Острый панкреатит» (МЗ РФ, 2021). Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020).
2	<i>Вопрос 2: Оценка тяжести при панкреонекрозе</i> Клиническая ситуация: Пациент 55 лет с тяжелым острым панкреатитом. На 3-и сутки - лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, прокальцитонин 8.2 нг/мл, креатинин 210 мкмоль/л. Задания: 1. Рассчитайте баллы по шкалам Ranson и APACHE II 2. Интерпретируйте показатели эндотоксикоза 3. Обоснуйте показания к эндоскопическому дренированию 4. Составьте план антибактериальной терапии	Клинические рекомендации «Острый панкреатит» (МЗ РФ, 2021). Международные рекомендации по лечению острого панкреатита (IAP/APA, 2013).
3.	<i>Вопрос: Тактика при перитоните</i> Клиническая ситуация: Пациент 60 лет после лапароскопической холецистэктомии. На 5-е сутки - лихорадка 39°C, лейкоциты $22 \times 10^9/\text{л}$, признаки свободной жидкости при УЗИ. Задания: 1. Поставьте предварительный диагноз по МКБ-10 2. Обоснуйте выбор между релапароскопией и чрескожным дренированием 3. Опишите технику лапароскопической санации 4. Назначьте эмпирическую антибактериальную терапию	Клинические рекомендации «Перитонит» (МЗ РФ, 2020). Клинические рекомендации «Внутрибрюшные инфекции» (Российское общество хирургов, 2019).

4.	Вопрос: Диагностика и лечение ЖКК Клиническая ситуация: Пациент 70 лет с рвотой "кофейной гущей", Нб 75 г/л, ЧСС 115 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Задания: 1. Определите степень тяжести кровотечения по шкале Rockall 2. Обоснуйте сроки выполнения экстренной ЭГДС 3. Опишите эндоскопические методы гемостаза 4. Составьте план трансфузионной терапии	<i>Клинические рекомендации «Желудочно-кишечные кровотечения» (МЗ РФ, 2020).</i> Клинические рекомендации «Диагностика и лечение язвенных кровотечений» (Российское общество хирургов, 2021).
5.	Вопрос: Тактика при остром холецистите Клиническая ситуация: Пациент 65 лет с желчной коликой, температурой 38.8°C, положительным симптомом Мерфи, лейкоцитами $16 \times 10^9/\text{л}$. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Обоснуйте сроки выполнения холецистэктомии 3. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии 4. Составьте план антибиотикотерапии	Клинические рекомендации «Острый холецистит» (МЗ РФ, 2021). Токийские рекомендации по острому холециститу (TG18, 2018).

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: Острая кишечная непроходимость Клиническая ситуация: Пациент 65 лет, жалуется на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула 3 суток, рвоту. Живот асимметричен, перистальтика усилена. На обзорной R-графии ОБП - уровни жидкости, чаши Клойбера. Задания: 1. Оцените тяжесть состояния по шкалам (ASA, Мангеймский индекс перитонита) 2. Определите объем неотложных мероприятий 3. Составьте план предоперационной подготовки 4. Обоснуйте показания к лапароскопическому вмешательству Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести состояния • Полнота плана неотложных мероприятий • Адекватность предоперационной подготовки • Обоснованность выбора хирургической тактики	Клинические рекомендации «Острая кишечная непроходимость» (МЗ РФ, 2020)

2.	Вопрос: Острый калькулезный холецистит Клиническая ситуация: Пациентка 55 лет, боли в правом подреберье, температура 38.5°C, положительный симптом Мерфи. УЗИ: конкременты в желчном пузыре, утолщение стенки до 5 мм, перивезикальный выпот. Задания: 1. Оцените тяжесть по Токийским критериям 2. Определите сроки выполнения холецистэктомии 3. Составьте план антибиотикопрофилактики 4. Опишите технику лапароскопической холецистэктомии Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Соблюдение временных рамок операции • Адекватность антибиотикопрофилактики • Знание хирургической техники	Клинические рекомендации «Острый холецистит» (МЗ РФ, 2021)
3.	Вопрос 3: Перфоративная язва желудка Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, внезапные "кинжальные" боли в эпигастрии. Живот доскообразно напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. На R-графии - серп воздуха под диафрагмой. Задания: 1. Оцените тяжесть состояния по шкале Воеу 2. Определите объем экстренной помощи 3. Обоснуйте выбор метода операции (ушивание vs резекция) 4. Составьте план послеоперационного ведения Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести • Адекватность экстренной помощи • Обоснованность выбора метода операции • Полнота плана послеоперационного ведения	Клинические рекомендации «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки» (МЗ РФ, 2020)
4.	Вопрос: Острый аппендицит Клиническая ситуация: Пациент 25 лет, боли в правой подвздошной области, температура 37.8°C, лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$. При УЗИ - утолщение стенки аппендикса до 7 мм, периаппендикулярный выпот. Задания:	Клинические рекомендации «Острый аппендицит» (МЗ РФ, 2020)

	1. Оцените вероятность острого аппендицита по шкале Alvarado 2. Определите показания к экстренной операции 3. Составьте план лапароскопической аппендэктомии 4. Назначьте послеоперационную терапию Критерии оценки: • Правильность использования диагностической шкалы • Обоснованность показаний к операции • Полнота плана операции • Адекватность послеоперационной терапии	
5.	Вопрос: Послеоперационные осложнения Клиническая ситуация: Пациент на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 39°C, лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, боли в животе. При УЗИ - свободная жидкость в брюшной полости. Задания: 1. Проведите дифференциальную диагностику осложнений 2. Определите объем дополнительного обследования 3. Составьте план лечебных мероприятий 4. Обоснуйте показания к релапароскопии Критерии оценки: • Полнота дифференциальной диагностики • Адекватность обследования • Обоснованность плана лечения • Правильность определения показаний к реоперации	Клинические рекомендации «Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии» (МЗ РФ, 2020)

Задания открытого типа ПК 8.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача: Санаторно-курортное лечение после холецистэктомии Клиническая ситуация: Пациентка 48 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Жалуется на периодические боли в правом подреберье, нарушение стула (чередование запоров и диареи), непереносимость жирной пищи. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению	Ответ: 1.Показания: состояние после холецистэктомии, постхолецистэктомический синдром, дискинезия желчевыводящих путей 2.Рекомендуемые курорты: бальнеологические и грязевые курорты с минеральными водами (Ессентуки, Железноводск, Трускавец)	Клинические рекомендации «Реабилитация после холецистэктомии» (МЗ РФ, 2021)

	2. Выберите оптимальный тип курорта и профиль лечения 3. Составьте перечень противопоказаний для курортного лечения 4. Разработайте программу реабилитации	3.Противопоказания: отрый холецистит, желтуха, камни в желчных протоках, обострение хронических заболеваний 4.Программа реабилитации: Диетотерапия (стол №5) Прием минеральных вод (сульфатные, хлоридно-сульфатные) Грязелечение (аппликации на область правого подреберья) Физиотерапия (электрофорез с магния сульфатом) ЛФК для улучшения оттока желчи	
2.	Задача: Элиминационная терапия при послеоперационном эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника по поводу опухоли. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. Задания: 1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Определите показания к элиминационной терапии 3. Выберите метод детоксикации 4. Составьте план элиминационной терапии	Ответ: 1.Степень эндотоксикоза: Средней тяжести (лейкоцитоз, повышение маркеров почечной функции) 2.Показания к элиминационной терапии: Нарастание интоксикации, признаки полиорганной недостаточности 3.Методы детоксикации: Инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды) Форсированный диурез Энтеросорбция При необходимости - плазмаферез 4.План терапии: Инфузия растворов Рингера, реосорбилакта 2000-2500 мл/сут Фуросемид 20-40 мг в/в при необходимости Энтеросорбенты (полифепан, энтеросгель) Контроль диуреза, электролитов	Клинические рекомендации «Интенсивная терапия эндотоксикоза» (МЗ РФ, 2020)

3.	Задача: Реабилитация после герниопластики Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики послеоперационной вентральной грыжи. Жалуется на дискомфорт в области послеоперационных рубцов, ограничение физической активности. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите методы физической реабилитации 3. Составьте программу ЛФК 4. Оцените противопоказания к физическим нагрузкам	Ответ: 1.Показания: реабилитация после герниопластики, профилактика рецидива 2.Методы реабилитации: Лечебная гимнастика для укрепления мышц брюшного пресса Дыхательные упражнения Физиотерапия (ультразвук, лазеротерапия) 1. Программа ЛФК: Через 1 месяц: изометрические упражнения, дыхательная гимнастика Через 2 месяца: дозированные нагрузки на пресс Через 3 месяца: полный объем физических нагрузок 3.Противопоказания: Поднятие тяжестей >5 кг в течение 3 месяцев, интенсивные нагрузки на пресс	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (МЗ РФ, 2021)
4.	Задача: Санаторное лечение после операций на желудке Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 6 месяцев после лапароскопической резекции желудка по поводу язвенной болезни. Жалуется на демпинг-синдром, слабость, потерю веса. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите тип курорта и методы лечения 3. Составьте диетические рекомендации 4. Разработайте программу физической реабилитации	Ответ: 1.Показания: Состояние после резекции желудка, демпинг-синдром, нарушение питания 2.Рекомендуемые курорты: Гастроэнтерологические курорты (Ессентуки, Пятигорск) 3.Диетические рекомендации: Частое дробное питание (6-8 раз в день) Ограничение простых углеводов Высокобелковая диета Прием пищи в горизонтальном положении	Клинические рекомендации «Реабилитация после операций на желудке» (МЗ РФ, 2021)

		4.Программа реабилитации: Прием минеральных вод (Ессентуки №4) Грязелечение ЛФК для укрепления мышц брюшного пресса Психотерапия для коррекции пищевого поведения	
5.	Задача: элиминационная терапия при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования по поводу инфицированного панкреонекроза. Выраженная интоксикация, лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 220 мкмоль/л. Задания: - Оцените показания к экстракорпоральной детоксикации - Выберите метод элиминационной терапии - Составьте план детоксикации - Определите критерии эффективности	Ответ: 1.Показания: выраженный эндотоксикоз, признаки полиорганной недостаточности 2.Методы детоксикации: плазмаферез Гемофильтрация Перитонеальный лаваж 3.План терапии: плазмаферез 2-3 сеанса через день Инфузионная терапия под контролем ЦВД Антибиотикотерапия 4.Критерии эффективности: снижение лейкоцитоза Нормализация креатинина Улучшение общего состояния	Клинические рекомендации «Лечение острого панкреатита» (МЗ РФ, 2021)

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Задача: Санаторно-курортное лечение после холецистэктомии Клиническая ситуация: Пациентка 48 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Жалуется на периодические боли в правом подреберье, нарушение стула (чередование запоров и диареи), непереносимость жирной пищи. Задания: Определите показания к санаторно-курортному лечению	Клинические рекомендации «Реабилитация после холецистэктомии» (МЗ РФ, 2021)

	2. Выберите оптимальный тип курорта и профиль лечения 3. Составьте перечень противопоказаний для курортного лечения 4. Разработайте программу реабилитации	
2	Задача: Элиминационная терапия при послеоперационном эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, на 3-и сутки после лапароскопической резекции кишечника по поводу опухоли. Температура 38.5°C, лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 180 мкмоль/л, мочевины 12 ммоль/л. Задания: 1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Определите показания к элиминационной терапии 3. Выберите метод детоксикации 4. Составьте план элиминационной терапии	Клинические рекомендации «Интенсивная терапия эндотоксикоза» (МЗ РФ, 2020)
3.	Задача: Реабилитация после герниопластики Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики послеоперационной вентральной грыжи. Жалуется на дискомфорт в области послеоперационных рубцов, ограничение физической активности. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите методы физической реабилитации 3. Составьте программу ЛФК 4. Оцените противопоказания к физическим нагрузкам	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (МЗ РФ, 2021)
4.	Задача 4: Санаторное лечение после операций на желудке Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 6 месяцев после лапароскопической резекции желудка по поводу язвенной болезни. Жалуется на демпинг-синдром, слабость, потерю веса. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Выберите тип курорта и методы лечения 3. Составьте диетические рекомендации 4. Разработайте программу физической реабилитации	Клинические рекомендации «Реабилитация после операций на желудке» (МЗ РФ, 2021)

5.	Задача 5: Элиминационная терапия при панкреонекрозе Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования по поводу инфицированного панкреонекроза. Выраженная интоксикация, лейкоциты $25 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 220 мкмоль/л. Задания: 1. Оцените показания к экстракорпоральной детоксикации 2. Выберите метод элиминационной терапии 3. Составьте план детоксикации 4. Определите критерии эффективности	Клинические рекомендации «Лечение острого панкреатита» (МЗ РФ, 2021)
----	--	--

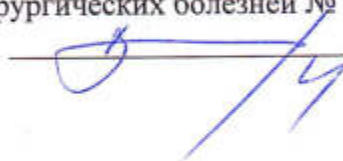
Формирование практический навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Вопрос: определение показаний к санаторно-курортному лечению Клиническая ситуация: Пациент 50 лет, через 3 месяца после лапароскопической холецистэктомии. Жалуется на тяжесть в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, периодические нарушения стула. Задания: 1. Оцените необходимость санаторно-курортного лечения 2. Определите оптимальный вид курортного лечения 3. Составьте перечень необходимых обследований перед направлением на курорт 4. Обоснуйте противопоказания к санаторному лечению Критерии оценки: • Полнота оценки клинической ситуации • Обоснованность выбора вида лечения • Правильность определения обследований • Знание противопоказаний	Клинические рекомендации «Медицинская реабилитация при заболеваниях органов пищеварения» (МЗ РФ, 2021)
2.	Вопрос: Применение элиминационных методов при эндотоксикозе Клиническая ситуация: Пациент 60 лет, на 2-е сутки после лапароскопической резекции кишечника. Температура 38.9°C, лейкоциты $20 \times 10^9/\text{л}$, креатинин 200 мкмоль/л. Задания:	Национальные рекомендации «Интенсивная терапия сепсиса и септического шока» (Российское общество хирургов, 2021)

	1. Оцените степень эндотоксикоза 2. Выберите метод элиминационной терапии 3. Составьте план детоксикации 4. Определите критерии эффективности лечения Критерии оценки: • Правильность оценки тяжести состояния • Обоснованность выбора метода детоксикации • Полнота плана лечения • Знание критериев эффективности	
3.	Вопрос: разработка индивидуальной программы реабилитации Клиническая ситуация: Пациент 55 лет, через 1 месяц после лапароскопической пластики гигантской послеоперационной грыжи. ИМТ 35, сахарный диабет 2 типа. Задания: 1. Составьте программу санаторно-курортного лечения 2. Определите необходимые физиотерапевтические процедуры 3. Разработайте план диетического питания 4. Оцените возможность физических нагрузок Критерии оценки: • Индивидуальный подход к программе лечения • Обоснованность выбора процедур • Адекватность диетических рекомендаций • Правильность оценки физических нагрузок	Клинические рекомендации «Реабилитация после герниопластики» (Общество герниологов, 2021)
4.	Вопрос: Энтеросорбция в комплексной терапии эндотоксикоза Клиническая ситуация: Пациент 45 лет, после лапароскопического дренирования абсцесса брюшной полости. Явления кишечной недостаточности, выраженная интоксикация. Задания: 1. Обоснуйте необходимость энтеросорбции 2. Выберите препарат для энтеросорбции 3. Составьте схему применения 4. Оцените эффективность терапии Критерии оценки: • Правильность обоснования метода • Обоснованность выбора препарата • Полнота схемы применения • Знание критериев эффективности	Методические рекомендации «Применение энтеросорбентов в интенсивной терапии» (НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского, 2020)

5.	Вопрос: реабилитация пациентов с сопутствующей патологией Клиническая ситуация: Пациент 65 лет, через 2 месяца после лапароскопической холецистэктомии. ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ. Задания: 1. Определите показания к санаторно-курортному лечению 2. Оцените риски курортного лечения 3. Составьте программу реабилитации 4. Определите необходимый медицинский контроль Критерии оценки: • Полнота оценки показаний • Правильность оценки рисков • Адекватность программы реабилитации • Обоснованность объема медицинского контроля	Клинические рекомендации «Медицинская реабилитация при сочетанной патологии» (МЗ РФ, 2022)
----	--	---

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



Ю.И.Веденин

**Фонд оценочных средства для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине
«Нейрохирургия» для обучающихся 2024, 2025 годов поступления по
образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год**

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

**Перечень универсальных и профессиональных компетенций
выпускников и индикаторы их достижения.**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1 - навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения	1 - этиологию,патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;

	заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания		оперативного лечения).	
ПК-2	готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателя эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1 - дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническому, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями органов брюшной и грудной полости.	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний.); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лечения	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2. оказывать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; 3. разработать план	1 - владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

		послеоперационных осложнений.	подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

а) Основная литература:

1. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru>
2. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru>
3. Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалея. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалея. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
5. Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

б) Дополнительная литература:

1. Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии / В.В. Лебедев и др. - М.: Медицина, 2018. - 360 с.
2. Крылов, В.В. Лекции по нейрохирургии: моногр. / В.В. Крылов. - М.: Товарищество научных изданий КМК, 2023. - 443 с.
3. Хирургическая профилактика и лечение ишемических поражений головного мозга [Текст] : монография / Петров В. И., Пономарев Э. А., Маскин С. С., Мозговой П. В. ; Минздрав РФ ; ВолгГМУ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 178 с.

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Журнал «Вопросы нейрохирургии» имени Н.Н. Бурденко. – М: «Медиа Сфера».
2. Журнал «Нейрохирургия» – М: ООО «ИД «АБВ-пресс».

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы: Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы – Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://elibrary.ru	Свободный доступ
http://www.scopus.com	Свободный доступ
http://www.studentlibrary.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

УК-1**Задания закрытого типа**

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИНДРОМ АСПОНТАННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ: а) слабоумие; б) депрессию; в) отсутствие побуждений и безразличие к окружающему; г) эйфорическое слабоумие; д) агрессия.	в) отсутствие побуждений и безразличие к окружающему;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев</i>

			<i>Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
2.	МОТОРНАЯ АФАЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) отсутствием понимания речи; б) невозможностью произношения слов; в) скандированной речью; г) персеверациями; д) словесными эмболами.	б) невозможностью произношения слов;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
3	ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЛОБНО-БАЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО: а) благодушием; б) эйфорией; в) расторможенностью; г) акинетическим мутизмом; д) галлюцинациями.	б) эйфорией;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>

4	ЛОКТЕВОЙ НЕРВ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧА РАСПОЛАГАЕТСЯ: а) в толще клювовплечевой мышцы; б) спереди от плечевой артерии; в) кзади от глубокой артерии плеча; г) у задневыутреннего края плечевой артерии; д) кнутри от лучевого нерва.	б) спереди от плечевой артерии;	<i>Неврология и нейрохирургия</i> [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: <i>Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия</i> [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: <i>Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
5	МЯГКИЕ ПОКРОВЫ СВОДА ЧЕРЕПА СОСТОЯТ: а) из трех слоев б) из пяти слоев в) из шести слоев г) из восьми слоев	в) из шести слоев	<i>Неврология и нейрохирургия</i> [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: <i>Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия</i> [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: <i>Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
6	СЕДАЛИЩНЫЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ТАЗА а) через подгрушевидное отверстие б) через надгрушевидное отверстие в) через малое седалищное отверстие г) через винслово отверстие	в) через малое седалищное отверстие	<i>Неврология и нейрохирургия</i> [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: <i>Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. -</i>

			М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru
7	ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: а) тахикардией б) аритмией в) экстрасистолией г) брадикардией д) напряженностью пульса	г) брадикардией	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА СОСТОИТ: а) из молекулярного слоя клеток б) из слоя пирамидных клеток в) из полиморфных клеток г) из плоского эпителия	а) из молекулярного слоя клеток б) из слоя пирамидных клеток в) из полиморфных клеток	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и

			нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ВИДЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА: а) сотрясение. б) ушиб в) сдавление г) полный анатомический перерыв спинного мозга. д) неполный анатомический перерыв спинного мозга. е) физиологический перерыв спинного мозга	а) сотрясение. б) ушиб в) сдавление г) полный анатомический перерыв спинного мозга. д) неполный анатомический перерыв спинного мозга.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ОТНОСИТСЯ: а) к легкой черепно-мозговой травме; б) к средней черепно-мозговой травме; в) к тяжелой черепно-мозговой травме; г) к травме с повреждением костей черепа; д) к травме с субарахноидальным кровоизлиянием.	б) к средней черепно-мозговой травме; в) к тяжелой черепно-мозговой травме; г) к травме с повреждением костей черепа; д) к травме с субарахноидальным кровоизлиянием.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
4	САМЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С: а) со скелетной травмой б) с травмой таза в) травмой груди д) травмой органов брюшной полости	в) травмой груди д) травмой органов брюшной полости	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
5	К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПЛЕТЕНИЙ И НЕРВНЫХ СТОЛОВ ОТНОСЯТСЯ: а) вентрикулография б) кт миелография в) ангиография г) электродиагностика.	б) кт миелография г) электродиагностика.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа :

			http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
6	ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: а) фокальными судорогами в конечностях б) наличием ауры в) фокальными судорогами в конечностях г) пароксизмальностью д) кратковременностью	б) наличием ауры г) пароксизмальностью	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
7	ОСНОВНЫЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ: а) невролиз; б) эндоневролиз; в) нейрорафия; г) нейротрансплантация; д) резекция нерва	а) невролиз; б) эндоневролиз; в) нейрорафия; г) нейротрансплантация;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Задача. Пациент, 35 лет, поступил с	Ответ.	Нейрохирургия :

1.	жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 уд/мин. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке. Вопросы: 1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов? 2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?	1. «Светлый» промежуток. 2. Эпидуральная гематома.	<i>руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
----	---	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2	Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	Коматозные состояния, шкалы определения	Неврология и

	уровня сознания.	нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
4	Топографическая анатомия позвоночника	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

ПК-1

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) Приступами торможения речи б) невозможностью артикуляции в) наличием словесных эмболов г) непониманием речи д) наличием парафазии.	г) непониманием речи	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев

			<i>Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
2.	ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ИСКЛЮЧАЯ: а) артериальная гипертензия б) отек мозга в) артериальная гипотензия г) нарушение оттока ликвора	в) артериальная гипотензия	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
3	К ПЕРВИЧНЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЗВОНОЧНИКА ОТНОСЯТСЯ: а) менингиомы; б) остеомы; в) невриномы; г) холестеатомы; д) липомы.	б) остеомы;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
4	ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ	в) артерио-венозное	<i>Неврология и нейрохирургия</i>

	МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ (БЕЗ САК): а) спазм артерий; б) нарушение ликвородинамики; в) артерио-венозное шунтирование; г) закупорка сосуда; д) гиперплазия эндотелия артерии	шунтирование;	[Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
5	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ: а) Декомпрессию спинного мозга; б) Стабилизацию позвоночника; в) Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника; г) Декомпрессию нервных корешков, удаление компремирующего агента; д) Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику.	в) Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
6	СИНДРОМЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА, НЕ ТРЕБУЮЩИЕ ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: а) Компрессионные; б) Рефлекторные; в) Конского хвоста; г) Миелопатический;	б) Рефлекторные;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. -

			Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
	ПОД ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ: а) любое повреждение мягких тканей головы б) рану с повреждением апоневроза в) совпадение раны с переломом черепа г) скальпированную рану	б) рану с повреждением апоневроза	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ: а) тяжёлая черпно-мозговая травма; б) коматозное состояние больного (менее 8баллов по шкг); в) отёк мозга, признаки смещения срединных структур; г) контузионные очаги, гематомы; д) компрессия базальных цистерн.	а) тяжёлая черпно-мозговая травма; б) коматозное состояние больного (менее 8баллов по шкг); в) отёк мозга, признаки смещения срединных структур; г) контузионные очаги, гематомы; д)компрессия базальных цистерн.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ: а) декомпрессию спинного мозга; б) стабилизацию позвоночника; г) удаление компремирующего агента; д) ламинопластику.	а) декомпрессию спинного мозга; б) стабилизацию позвоночника;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПЕРЕДНИМ ДОСТУПОМ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА	а) повреждение твердой мозговой оболочки; б) нагноение послеоперационной раны;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-

	ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА: а) повреждение твердой мозговой оболочки; б) нагноение послеоперационной раны; в) повреждение возвратного нерва; г) повреждение пищевода, трахеи;		<i>Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: bhttp://www.studentlibrary.ru</i>
4	ПОКАЗАНИЯ К ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА: а) Сохраняющаяся компрессия спинного мозга; б) Нестабильность в поврежденных позвоночных двигательных сегментах; в) Прогрессирование миелопатического синдрома; г) Стойкий болевой синдром;	а) Сохраняющаяся компрессия спинного мозга; б) Нестабильность в поврежденных позвоночных двигательных сегментах; в) Прогрессирование миелопатического синдрома; г) Стойкий болевой синдром;	<i>Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: bhttp://www.studentlibrary.ru</i>
5	СИНДРОМЫ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА, ТРЕБУЮЩИЕ ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ: а) Компрессионные; б) Рефлекторные; в) Конского хвоста; г) Миелопатический;	а) Компрессионные; в) Конского хвоста; г) Миелопатический;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой,	Ответ. 1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс]</i>

	пошатывание при ходьбе. Болен около 6 месяцев, когда появились головные боли, иногда была рвота. Постепенно присоединилось пошатывание при ходьбе, больше вправо. При осмотре — горизонтальный среднеразмашистый нистагм вправо. В позе Ромберга не устойчив. Диффузная мышечная гипотония в правых конечностях. Вопрос: 1. Установите диагноз.		: в 2 т. Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
--	--	--	---

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга на разных уровнях.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2	Дегенеративный стеноз позвоночного канала на поясничном уровне. Современные методики оперативного лечения.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н.,

		Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
--	--	--

ПК-2

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СИМПТОМ "ОСТИСТОГО ОТРОСТКА" ЭТО: а) локальная болезненность при перкуссии по остистым отросткам; б) разлитая болезненность при перкуссии по остистым отросткам; в) появление локальных болей в позвоночнике после нагрузки по оси позвоночника; г) иррадиирующие боли в конечности при ходьбе;	а) локальная болезненность при перкуссии по остистым отросткам;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ПРИЧИНА ОБРАЗОВАНИЯ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ: а) окклюзия сосуда; б) разрыв сосуда; в) стеноз сосуда; г) изгиб сосуда; д) диссекция интимы.	б) разрыв сосуда;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	ПУНКЦИОННЫЙ (ПО	д) при глубинном	Неврология и

	СПАСОКУКОЦКОМУ-БАКУЛЕВУ) МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ МОЗГА ПОКАЗАН: а) в стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита; б) в стадии формирования капсулы; в) в терминальной стадии; г) при поверхностном расположении абсцесса; д) при глубинном абсцессе.	абсцессе.	нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrar
y.ru">http://www.studentlibrar y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrar
y.ru">http://www.studentlibrar y.ru
4	ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ: а) прямо пропорционально сумме системного давления и ВЧД; б) прямо пропорционально вязкости крови; в) обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда; г) прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД; д) равно внутричерепному давлению.	г) прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrar
y.ru">http://www.studentlibrar y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrar
y.ru">http://www.studentlibrar y.ru
5	СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗРЕЛОЙ КОСТНОЙ МОЗОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗА АУТОКОСТЬЮ: а) 1-2 месяца; б) 2-3 месяца; в) 3-4 месяца; г) 4-6 месяцев; д) 6-8 месяцев.	г) 4-6 месяцев;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа :

			http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru
6	ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГИПОФИЗА НОСИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ХАРАКТЕР: а) невыносимой головной боли распирающего характера б) распирающей головной боли в области затылка, усиливающейся по утрам в) острой головной боли в области лба г) тупой головной боли в лобно-орбитальной, реже - затылочно-шейной областях д) головные боли в области свода черепа, усиливающиеся при перкуссии	г) тупой головной боли в лобно-орбитальной, реже - затылочно-шейной областях	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru
7	РВОТА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ: а) повышения внутричерепного давления б) понижения внутричерепного давления в) раздражения дна ромбовидной ямки г) венозного застоя д) повышения артериального давления	б) понижения внутричерепного давления	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд.,

			доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ЭКСТРАПИРАМИДНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЛОБНОЙ ДОЛИ ЭТО: а) крупноразмашистый тремор в конечностях б) мелкоразмашистый тремор в конечностях в) повышение тонуса в конечностях по спастическому типу г) повышение тонуса в конечностях по пластическому типу д) астазия-абазия.	б) мелкоразмашистый тремор в конечностях г) повышение тонуса в конечностях по пластическому типу	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ПРИ ХИРУРГИИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ОСНОВНОЙ АРТЕРИИ ВАЖНО КОНТРОЛИРОВАТЬ: а) лицевой нерв; б) зрительный нерв; в) отводящий нерв;	а) лицевой нерв; в) отводящий нерв;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
3	К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМАХ	б) длительное существование абсансов; в) наличие вкусовых	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс]

	ВИСОЧНОЙ ДОЛИ ОТНОСЯТСЯ: а) раннее возникновение фокальных судорог; б) длительное существование абсансов; в) наличие вкусовых галлюцинаций; г) ранние гипертензионные проявления;	галлюцинаций;	: в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
4	ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЛИКВОРНОЙ ФИСТУЛЫ В ОБЛАСТИ: а) передних решетчатых ячеек б) площадки клиновидной кости в) клиновидной г) пазухи решетчатой пластинки д) задние решетчатые ячейки.	а) передних решетчатых ячеек в) клиновидной	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
5	ОСНОВНЫЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ: а) Невролиз; б) Эндоневролиз; в) Нейрорафия; г) Нейротрансплантация;	а) Невролиз; б) Эндоневролиз; в) Нейрорафия; г) Нейротрансплантация;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

6	РВОТА ПРИ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ОБУСЛОВЛЕНА: а) повышением внутричерепного давления б) понижением внутричерепного давления в) раздражением дна ромбовидной ямки г) венозным застоем д) повышением артериального давления	а) повышением внутричерепного давления в) раздражением дна ромбовидной ямки г) венозным застоем д) повышением артериального давления	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
---	---	---	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент, 23 года, поступил в отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе глубокие рефлексы с верхних конечностей низкие, в нижних конечностях выявляется умеренно выраженный нижний спастический парапарез. Коленные и ахилловы рефлексы повышены D > S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня C5 с двух сторон. Симптом Бабинского с двух сторон, клонус стоп. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне C2–C6 позвонков за счет объемной структуры с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу. Вопросы: 1. Установите достоверный диагноз	Ответ. 1. Нейрохирург. Опухоль спинного мозга на уровне C2–C6 позвонков. 2. Оперативное лечение.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>

	пациента. Какой специалист его должен установить? 2. Какое лечение необходимо провести?		y.ru
2	Пациентка, 64 года, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве. Вопросы: 1. Какой диагноз у данной пациентки? 2. Определите тактику ее дальнейшего ведения.	Ответ. 1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние. 2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после каротидной панангиографии.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 1 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Сочетанная ЧМТ. Особенности диагностики и неотложной помощи.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2	Неотложная помощь при травматическом шоке.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). –

		Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

ПК-5

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИКВОРЕЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ: а) лобной пазухи; б) клиновидной пазухи; в) верхнечелюстной пазухи; г) решетчатой пластинки; д) решетчатых ячеек.	г) решетчатой пластинки;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2.	НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ФОРМА БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ: а) скрытая; б) глазная; в) назальная; г) ушная; д) носоглоточная.	в) назальная;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа :

			http://www.studentlibrary.ru
3	В СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ КАПСУЛЫ АБСЦЕССА ХАРАКТЕРНЫ: а) гипертермия; б) цитоз в ликворе; в) очаговая симптоматика; г) менингеальная симптоматика; д) гипертензионный синдром.	в) очаговая симптоматика;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
4	РАННИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ АБСЦЕСС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) очаговой симптоматикой; б) стволовой симптоматикой; в) гипертензионным синдромом; г) плеоцитозом; д) менингеальной симптоматикой.	д) менингеальной симптоматикой.	<i>Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru</i>
5	ЛИКВОРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) головной болью распирающего характера; б) головной болью сжимающего характера; в) головной болью оболочечного характера; г) анизокория; д) болью в глазных яблоках.	а) головной болью распирающего характера;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд.,</i>

			доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
6	ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРЕЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ: а) лобно-парасагиттальной области б) области передней центральной извилины в) лобно-полюсных структур г) мозолистого тела	б) области передней центральной извилины	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНА: а) утрата сознания после травмы б) утрата сознания через определенное время после травмы; в) светлый промежуток, г) повторная утрата сознания; д) утрата сознания отсутствует; е) отсутствие светлого промежутка	а) утрата сознания после травмы в) светлый промежуток, г) повторная утрата сознания;	<i>Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru</i>
2.	К ОПУХОЛЯМ, РАСТУЩИМ ИЗ АДЕНОГИПОФИЗА, ОТНОСЯТСЯ: а) эозинофильные аденомы б) базофильные аденомы в) ганглиомы г) хрофобные аденомы д) пролактиномы	а) эозинофильные аденомы б) базофильные аденомы г) хрофобные аденомы д) пролактиномы	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2:</i>

			Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
3	К НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ОТНОСЯТСЯ: а) хориоидпапилломы б) астроцитомы в) эпиндимомы г) олигодендроглиомы д) нейрофибромы	а) хориоидпапилломы б) астроцитомы в) эпиндимомы г) олигодендроглиомы	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
4	ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЯВЛЯЮТСЯ: а) полиморфизм б) диффузность в) метастазирование г) четкое ограничение узла д) измененная структура клеток опухоли	а) полиморфизм б) диффузность в) метастазирование д) измененная структура клеток опухоли	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru

5	ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЯВЛЯЮТСЯ а) подкожные гематомы б) остеомы в) остеохондроз шейного отдела позвоночника г) начальная ликворея д) внутричерепные гематомы и абсцессы	а) подкожные гематомы б) остеомы г) начальная ликворея д) внутричерепные гематомы и абсцессы	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru</i>
6	ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) венозную гиперемию б) артериальную гипотензию в) нарушение ликворооттока г) нарушение секреции ликвора д) затруднение в системе венозного оттока	а) венозную гиперемию б) артериальную гипотензию в) нарушение ликворооттока д) затруднение в системе венозного оттока	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrar.y.ru</i>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на головную боль. Известно, что вчера	Ответ. 1. «Светлый»	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей</i>

	вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 уд/мин. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке. Вопросы: 1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов? 2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?	промежуток. 2. Эпидуральная гематома.	<i>[Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2.	Задача В приемный покой доставлен пациент 40 лет, который внезапно потерял сознание после физической нагрузки. В неврологическом статусе при осмотре выявлено: кома I степени, оживлены глубокие рефлексы, симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, синдром Кернига. Вопросы: 1. Диагноз? Какие методы исследования нужно выполнить для уточнения клинического диагноза? 2. Что может служить этиологическим фактором развития данного заболевания? 3. Тактика ведения пациента и лечения.	Ответ: 1. Субарахноидальное кровоизлияние. Необходимо выполнить люмбальную пункцию и КТ. 2. Аневризма, артериовенозная мальформация, артериальная гипертензия. 3. Каротидная панангиография, консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> <i>Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Компьютерная томография (КТ) головного мозга при ЧМТ. Суть метода, показания, диагностическая ценность в остром периоде ЧМТ.	<i>Компьютерная томография в неотложной нейрохирургии / В.В. Лебедев и др. - М.: Медицина, 2018. - 360 с.</i>
2	Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
3	Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.	<i>Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru</i>

ПК-6

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРИ СТОЙКИХ ГРУБЫХ БУЛЬБАРНЫХ НАРУШЕНИЯХ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ТРЕБУЮЩЕЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИВЛ, БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗЧЯ СЛЕДУЕТ:	г) проводить ИВЛ через трахеостому;	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа,</i>

	а) проводить ИВЛ через маску с кислородом; б) проводить ИВЛ через оротрахеальную трубку; в) проводить ИВЛ через назотрахеальную трубку; г) проводить ИВЛ через трахеостому; д) держать головной конец кровати в возвышенном положении.		2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ПРИ МЕДИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: а) прямое; б) стереотаксическое; в) эндоваскулярное; г) декомпрессивная трепанация с установкой вентрикулярного дренажа; д) эндоскопическое.	д) эндоскопическое.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	СРОКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕПРЕКРАЩАЮЩЕЙСЯ ЛИКВОРЕЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ: а) первые 1-3 дня; б) через неделю; в) через 2 недели; г) через 3 недели; д) через 1,5 месяца.	г) через 3 недели;	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
4	ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО: а) провести неврологическое	в) обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику;	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-

	обследование; б) сделать диагностическую люмбальную пункцию; в) обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику; г) сделать анализ свёртывающей системы крови; д) определить водно-электролитные показатели.		Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
5	ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДАВЛЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ: а) повышается на 20 мм водного столба б) повышается на 40 мм водного столба в) повышается на 60 мм водного столба г) повышается на 80 мм водного столба д) повышается на 100 мм водного столба	б) повышается на 40 мм водного столба	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
6	ОПТИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НЕРВА ПРИ РВАННЫХ, УШИБЛЕННЫХ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАНАХ ЯВЛЯЮТСЯ: а) во время первичной хирургической обработки б) через одну неделю в) через 2-3 недели г) через 3-4 недели д) через 4-6 недель	в) через 2-3 недели	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
7	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЭПИНЕВРАЛЬНОГО ШВА НЕРВА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИМЕНЯТЬ: а) шелковую нить б) атравматический шовный материал 4/0 в) атравматический шовный материал 6/0-7/0 г) атравматический шовный материал	в) атравматический шовный материал 6/0-7/0	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

	10/0 д) кетгутовую нить		ru.ru
8	РЕЗЕКЦИОННАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ПОКАЗАНА: а) при переломе основания черепа б) при выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме в) при внутримозговой гематоме г) при подострой субдуральной гематоме д) при подострой эпидуральной гематоме	б) при выраженном отеке головного мозга и внутричерепной гематоме	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЬ ЛОБНОЙ ДОЛИ ОТ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЧЕРЕПНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОЗВОЛЯЮТ: а) наличие гемипареза б) повышение тонуса в парализованных конечностях в) снижение тонуса в парализованных конечностях г) наличие атаксии д) наличие интенционного дрожания.	а) наличие гемипареза б) повышение тонуса в парализованных конечностях в) снижение тонуса в парализованных конечностях г) наличие атаксии д) наличие интенционного дрожания.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	ПОКАЗАНИЯ К ШУНТИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ: а) неустановленная локализация ликворной фистулы б) признаки повышения давления ЦСЖ в) сочетание ликвореи с гидроцефалией г) редкая спонтанная ликворея д) труднодоступная локализация фистулы.	а) неустановленная локализация ликворной фистулы б) признаки повышения давления ЦСЖ в) сочетание ликвореи с гидроцефалией г) редкая спонтанная ликворея д) труднодоступная локализация фистулы.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е

			изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : <a href="http://www.studentlibrar
y.ru">http://www.studentlibrar y.ru
3	ПРЕИМУЩЕСТВАМИ НЕПРЕРЫВНОГО ШВА СОСУДА "КОНЕЦ В КОНЕЦ" ЯВЛЯЮТСЯ: а) не вызывает сужение сосуда в месте шва б) накладывается быстрее, чем узловый шов в) техника непрерывного шва проще г) позволяет сшивать более тонкие сосуда	б) накладывается быстрее, чем узловый шов в) техника непрерывного шва проще	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibra
ry.ru">bhttp://www.studentlibra ry.ru
4	КОСТНОПЛАСТИЧЕСКАЯ ТРЕПАНАЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА: а) при эпидуральных гематомах, сочетающихся с ушибом головного мозга и отеком б) при эпидуральных гематомах, не сочетающихся с выраженным отеком головного мозга в) при внутримозговых гематомах г) при обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами д) при сочетании под- и надбололочных гематом	а) при эпидуральных гематомах, сочетающихся с ушибом головного мозга и отеком в) при внутримозговых гематомах г) при обширных переломах свода и основания черепа с контузионными очагами д) при сочетании под- и надбололочных гематом	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibra
ry.ru">bhttp://www.studentlibra ry.ru
5	В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ БОЛЬНОЙ С РАЗГИБАТЕЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕЛОМА ТЕЛА С5 ПОЗВОНКА С ПЕРЕДНИМ СДАВЛЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ: а) скелетное вытяжение за теменные бугры б) наложение Halo – системы в) корпородез г) фиксация передними пластинами	в) корпородез г) фиксация передними пластинами	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: <a href="http://www.studentlibra
ry.ru">bhttp://www.studentlibra ry.ru
6	ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА: а) парез с высокими рефлексам б) парез с низкими рефлексам в) паралич с высоким тонусом г) паралич с низким тонусом.	б) парез с низкими рефлексам г) паралич с низким тонусом.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа:

			http://www.studentlibrary.ru
--	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент 32 лет после дорожно-транспортного происшествия доставлен машиной скорой помощи. В приемном отделении развился судорожный припадок в виде подергиваний левой руки и левой половины лица. Щека слева «парусит», угол рта опущен. Левая рука, поднятая вверх, падает как «плеть», в левой ноге активные движения сохранены. Рефлексы средней живости, S > Д. Слева симптом Бабинского. Вопросы: 1. Какой диагноз установите? 2. В каком отделении должен лечиться пациент?	Ответ. 1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга или ушиб головного мозга. 2. В нейрохирургическое отделение.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2.	Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 16-летнего друга, который в течение 30 секунд казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сон. Его конечности справа, стали слабыми. Доставленный через 25 минут в больницу, пострадавший не реагировал на боль. Пульс 40 уд/мин, аритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., справа мидриаз. Вопросы: 1. Установите диагноз. 2. Какие диагностические исследования необходимо провести?	Ответ. 1. Субдуральная гематома справа. 2. Нейровизуализация (КТ, МРТ головного мозга).	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 1: Лекции, семинары,

			клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
--	--	--	--

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Оперативные вмешательства при грыжах межпозвонкового диска на поясничном уровне.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2	Неотложная помощь при травматическом шоке.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

		<i>и</i>
4	Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: 6http://www.studentlibrary.ru <i>и</i>
5	Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
6	Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: 6http://www.studentlibrary.ru <i>и</i>
7	Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: 6http://www.studentlibrary.ru <i>и</i>

8	Хирургическое лечение внутричерепных гематом. Варианты трепанаций.	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: bhttp://www.studentlibrary.ru и
---	--	---

ПК-8

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ДЛЯ ПОЗДНЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ГОЛОВНОГО МОЗГА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ: а) гипертермия б) цитоз в ликворе в) гипертензионный синдром г) менингеальная симптоматика д) очаговая симптоматика	в) гипертензионный синдром	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2.	К АСТЕНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ, НАБЛЮДАЕМЫМ ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ОТНОСИТСЯ: а) головная боль б) повышенная потливость в) повышенная утомляемость г) головокружение д) раздражительность	в) повышенная утомляемость	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: bhttp://www.studentlibrary.ru
3	К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРВИЧНЫМ ОПУХОЛЯМ ПОЗВОНОЧНИКА	в) остеофибромы	Неврология и нейрохирургия

	ОТНОСЯТСЯ: а) саркомы б) остеомы в) остеофибромы г) остеобластокластомы д) метастатические		[Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
4	АТРОФИЯ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) обесцвеченностью диска б) отсутствием фотореакции в) крайне низкой остротой зрения г) выпадением периферического поля зрения д) энофтальмом	в) крайне низкой остротой зрения	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
5	С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН: а) метаклопрамид б) октреотид в) эритромицин г) омепразол д) галоперидол	г) омепразол	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru

			у.ги Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
6	ВНУТРЕННЕЕ КОСОГЛАЗИЕ ОБУСЛОВЛЕНО ПОРАЖЕНИЕМ: а) зрительного нерва б) блокового нерва в) глазодвигательного нерва г) отводящего нерва д) лицевого нерва	д) лицевого нерва	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
Выберите несколько правильных ответов			
1.	ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ: А) назначение диуретиков Б) многообъемная инфузионная терапия В) гипервентиляция Г) раннее энтеральное питания	А) назначение диуретиков Б) объемная инфузионная терапия	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2.	К СРЕДСТВАМ ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТСЯ: а) диуретики б) маннитол в) гипертонический раствор хлорита натрия	а) диуретики б) маннитол в) гипертонический раствор хлорита натрия	Кондратьев А. Н. Неотложная нейротравматология [Электронный ресурс] / Кондратьев А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 20019. – 192 с. - (Библиотека

	натрия г) октреотид в) эритромицин		врача-специалиста). – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
3	МЕРАМИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ ЭРОЗТВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИНТОВ С ЧМТ ОТНОСЯТСЯ: а) ингибиторы протонной помпы б) стимуляция кишечника в) раннее энтеральное питание г) эрадикационная терапия	а) ингибиторы протонной помпы в) раннее энтеральное питание	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
4	СИМПТОМАМИ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ: а) утренние головные боли б) приступообразные вечерние головные боли со рвотой в) застойные соски зрительных нервов с переходом в атрофию г) вторичные изменения костей свода череп и турецкого седла	а) утренние головные боли в) застойные соски зрительных нервов с переходом в атрофию г) вторичные изменения костей свода черепа и турецкого седла	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
5	КАКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ СПИНАЛЬНОМ ШОКЕ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА? а) изменения положения тела	а) изменения положения тела в) введение вазопрессоров	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е.</i>

	б) введение наркотических анальгетиков в) введение вазопрессоров г) введение ганглиоблокаторов	г) введение ганглиоблокаторов	<i>И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>
6	УГНЕТЕНИЕ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ: а) гипоксемии б) повышению внутричерепного давления в) развитие дислокационного синдрома г) бронхоспазма	а) гипоксемии б) повышению внутричерепного давления в) развитие дислокационного синдрома	<i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. – Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i> <i>Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru</i>

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент Н., 35 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре выявлено: походка	Ответ. 1. Дискотенная радикулопатия S1 слева. 2. МРТ пояснично-крестцового отдела.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т. Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы /</i>

	падающая, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 слева, с этой же стороны симптом Ласега 45, не определяются подошвенный и ахиллов рефлекс, гипестезия в зоне иннервации S1. Вопросы: 1. Установите топический и клинический диагноз. 2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза? 3. Какое лечение необходимо назначить?	3. Нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, миорелаксанты, витамины, физиотерапия.	<i>под ред. О. Н. Древалю.</i> - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru
2.	Пациентка, 32 года, заболела 3 года назад. Появилась головная боль, затем постепенно начали увеличиваться руки, ноги. Объективно: резко выражены надбровные дуги, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Большие кисти и стопы. На глазном дне — нерезко выраженные застойные диски зрительных нервов. На краниограмме отмечено увеличение размеров турецкого седла, истончение его стенки. Вопросы: 1. Диагноз у этой пациентки? 2. Консультация какого специалиста должна быть назначена?	Ответ. 1. Аденома гипофиза. 2. Консультация нейрохирурга. 2. МРТ головного мозга с контрастированием и последующей консультацией нейрохирурга.	<i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 2 : Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 864 с. – Режим доступа : Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru 66 <i>Нейрохирургия : руководство для врачей [Электронный ресурс] : в 2 т.</i> Т 1: Лекции, семинары, клинические разборы / под ред. О. Н. Древалю. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 616 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

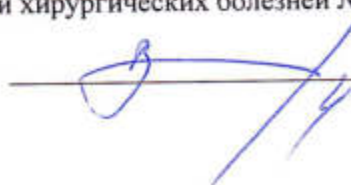
Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Геморрагический инсульт головного мозга:	<i>Неврология и нейрохирургия</i>

		Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
2	Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Методы хирургических вмешательств.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru
3	Оперативные вмешательства при грыжах межпозвонкового диска на поясничном уровне.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 1: Неврология / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 640 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2: Нейрохирургия / Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2021. - 408 с. - Режим доступа : http://www.studentlibrary.ru

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
«Оперативная хирургия» для обучающихся 2024, 2025 годов поступления по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год**

Перечень универсальных и профессиональных компетенций выпускников и индикаторы их достижения.

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)**

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		ИД УК-1 знать	ИД УК-2 уметь	ИД УК – 3 трудовые действия (навыки)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 – сновные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.

ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний(сепсис, перитонит,панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателей эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1- дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости; 2 - способностью определить «группу рискахирургических заболеваний по клиническим, лабораторным и рентгенологическим данным; - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
------	--	--	--	---

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

Основная литература:

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060105.65 "Мед.-профилакт. дело", 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Оперативная хирургия и топогр. анатомия". Т. 2 / Байтингер В. Ф., Большаков О. П., Владимиров В. Г. и др. ; под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 576 с. : ил.
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело", 060105.65 "Мед.-профилакт. дело", 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Оперативная хирургия и топогр. анатомия". Т. 1 / Байтингер В. Ф., Большаков О. П., Владимиров В. Г. и др. ; под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 512 с. : ил.
3. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Сергиенко В. И., Петросян Э. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 648 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
4. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / А. В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - 2013. – 384 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
5. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / А. В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. - 2013. – 480 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
6. Шилкин В. В. Анатомия по Пирогову [Электронный ресурс] : (Атлас анатомии человека) : в 3 т. Т. 2. Голова. Шея / В.В. Шилкин, В.И. Филимонов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 736 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
7. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 576 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
8. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 512 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
9. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст] = Topographic anatomy and operative surgery : textbook / Николаев А. В. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Geotar-Media, 2019. - 672 с.
10. Дмитриенко С. В. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики [Текст] : учеб. пособие для студ. I-V

курсов стом. ф-та / Дмитриенко С. В., Воробьев А. А., Краюшкин А. И. - СПб. : Элби-СП., 2009. - 138 с. : ил., цв. ил.

11. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>.

12. Клиническая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи [Текст] : учеб. пособие для студ. I-II курсов стом. ф-та / Воробьев А. А., Коневский А. Г., Дмитриенко С. В. и др. ; ВолГМУ. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2008. - 250 с. : ил.

13. Презентационный курс к практическим занятиям по оперативной хирургии и топографической анатомии [Текст] : учеб.-метод. пособие для обучения, контроля и самоконтроля студентов : в 6 ч. Ч. 1 / Воробьев А. А. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолГМУ ; под ред. А. А. Воробьева. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 116 с. : цв. ил.

14. Презентационный курс к практическим занятиям по оперативной хирургии и топографической анатомии [Текст] : учеб.-метод. пособие для обучения, контроля и самоконтроля студентов : в 6 ч. Ч. 2 / Воробьев А. А. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолГМУ; под ред. А. А. Воробьева. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 134 с. : цв. Ил

15. Презентационный курс к практическим занятиям по оперативной хирургии и топографической анатомии [Текст] : учеб.-метод. пособие для обучения, контроля и самоконтроля студентов : в 6 ч. Ч. 3 / Воробьев А. А. и др. ; Минздравсоцразвития РФ, ВолГМУ ; под ред. А. А. Воробьева. - Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2011. - 137 с. : цв. ил.

16. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / под общ. ред. Ю. М. Лопухина. - 3-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - -832 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

17. Каган И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник. / И. И. Каган, С. В. Чемезов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 672 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

18. Тесты к экзамену по оперативной хирургии и топографической анатомии для студентов лечебного и педиатрического факультетов : учебное пособие / А. В. Волков, Г. М. Рынга, В. М. Мельников [и др.] ; под редакцией А. В. Волкова. — 4-е изд., доп. — Новосибирск : НГМУ, 2019. — 150 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/145038> (дата обращения: 24.06.2025). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://bibl.volgmed.ru/MegaPro/Web	Свободный доступ
http://www.studentlibrary.ru	Свободный доступ
http://www.rosmedlib.ru/	По подписке
https://speclit.profy-lib.ru/	Свободный доступ
http://www.books-up.ru/	Свободный доступ

УК-1.1 Знать

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Хирургический пинцет отличается от анатомического наличием на концах браншей: 1) поперечных насечек 2) острых зубчиков 3) лапок с зазубринами 4) всех указанных образований	2) острых зубчиков	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
2.	Прямое назначение хирургического пинцета заключается в: 1) фиксации фасций 2) фиксации кожи с подкожной жировой клетчаткой 3) фиксации мышц 4) фиксации брюшины	2) фиксации кожи с подкожной жировой клетчаткой	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
3	Медиальную стенку бедренного кольца составляет: 1) паховая связка 2) влагалище бедренной вены 3) надкостница лобковой кости	4) лакунарная связка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В.

	5) верхний рог широкий фасции бедра		Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
4	ПРОЕКЦИОННАЯ ЛИНИЯ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ (ЛИНИЯ КЭНА) ПРОВОДИТСЯ: 1) от точки на 1-2 см кнутри от верхней передней подвздошной ости к заднему краю латерального надмыщелка 2) от верхней передней подвздошной ости к середине надколенника 3) от лобкового бугорка к заднему краю медиального надмыщелка	4) от середины расстояния между верхней передней подвздошной ости к бугорку медиального надмыщелка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
5	АРТРОТОМИЯ – ЭТО: 1) вскрытие полости сустава 2) дренирование полости сустава 3) удаление суставных поверхностей 4) вскрытие костномозговой полости одной из сочленяющихся конечностей	1) вскрытие полости сустава	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
6	ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВА - ЭТО 1) замена целого сустава или его компонентов на протез 2) замена целого сустава или его компонентов гомотрансплантатом 3) замена целого сустава или его компонентов аутоотрансплантатом 4) замена связочного аппарата сустава аутоотрансплантатом	1) замена целого сустава или его компонентов на протез	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
7	ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЯ КОНЕЧНОСТИ ЭТО 1) усечение конечности на уровне сустава 2) усечение конечности на протяжении кости	1) усечение конечности на уровне сустава	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
8	МЕТОДИКУ СОСУДИСТОГО ШВА ВПЕРВЫЕ ПРЕДЛОЖИЛ 1) Н.И. Пирогов 2) А. Каррель 3) Н.В. Склифосовский 4) Т. Кохер	2) А. Каррель	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд.,

			испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
9	ПРОЕКЦИОННАЯ ЛИНИЯ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ (ЛИНИЯ КЕНА) ВЫСТРАЕВАЕТСЯ 1) от границы между средней и внутренней третями паховой связки, до внутреннего надмыщелка бедра 2) от середины паховой связки, до наружного надмыщелка бедра 3) от границы между средней и наружной третями паховой связки, до бугорка приводящих мышц внутреннего надмыщелка бедра 4) от середины паховой связки, до бугорка приводящих мышц внутреннего надмыщелка бедра	4) от середины паховой связки, до бугорка приводящих мышц внутреннего надмыщелка бедра	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
10	ВЛИЯНИЕ СОСУДОВ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПРИ РАНЕНИЯХ ОБУСЛОВЛЕНО 1) отсутствием клапанов в венах 2) отрицательным давлением в венах 3) фиксацией адвентиции сосудов к сухожильным перемычкам в подкожной клетчатке 4) фиксацией сосудов к апоневротическому шлему 5) наличием артериально-венозных шунтов	3) фиксацией адвентиции сосудов к сухожильным перемычкам в подкожной клетчатке	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
11	ПО ОТНОШЕНИЮ К ЭТОМУ АНАТОМИЧЕСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ВЕРХНЮЮ, СРЕДНЮЮ И НИЖНЮЮ ТРАХЕОСТОМИИ 1) по отношению к перстневидному хрящу 2) по отношению к щитовидному хрящу 3) по отношению к подъязычной кости 4) по отношению к перешейку щитовидной железы 5) по отношению к кольцам трахеи - верхним, средним и нижним	4) по отношению к перешейку щитовидной железы	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
12	ЛИНИЯ, К ПЕРЕДИ ОТ КОТОРОЙ МЕЖРЕБЕРНЫЙ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК НЕ ПРИКРЫТ РЕБРАМИ 1) околопозвоночная 2) лопаточная 3) задняя подмышечная 4) средняя подмышечная 5) передняя подмышечная 6) среднеключичная	4) средняя подмышечная	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
13	ЛИНИЯ, К ПЕРЕДИ ОТ КОТОРОЙ МЕЖРЕБЕРНЫЙ СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК НЕ ПРИКРЫТ РЕБРАМИ 1) околопозвоночная	4) средняя подмышечная	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В.

	2) лопаточная 3) задняя подмышечная 4) средняя подмышечная 5) передняя подмышечная 6) среднелопаточная		Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
14	ЧИСЛО СЕРЬЕЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ В ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4	3) 3	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Анатомические образования, ограничивающие приводящий (Гюнтеров) канал:	1) медиальная широкая мышца бедра 3) большая приводящая 4) апоневротическая пластинка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
2.	При хроническом остеомиелите целесообразно применять: 3) резекцию пораженного участка кости 4) консервативное лечение	1) трепанацию и дренирование костномозговой полости 2) вскрытие секвестральной коробки и секвестрэктомия	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
3	АМПУТАЦИЯ - ЭТО 1) операция отсечения дистальной части органа 2) операция отсечения дистальной части конечности 3) операция отсечения конечности на уровне сустава 4) операция отсечения проксимальной части органа	1) операция отсечения дистальной части органа 2) операция отсечения дистальной части конечности	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
4	ПОКАЗАНИЯ К ПЕРВИЧНОЙ АМПУТАЦИИ 1) полное или почти полное травматическое отделение конечности 2) ранения с повреждением сосудов, нервов, мягких тканей с раздроблением кости 3) обширные повреждения мягких тканей с множественными переломами костей, осложненные анаэробной инфекцией 4) обширные повреждения мягких тканей на протяжении более 2/3 окружности конечности	1) полное или почти полное травматическое отделение конечности 3) обширные повреждения мягких тканей с множественными переломами костей, осложненные анаэробной инфекцией 4) обширные повреждения мягких тканей на протяжении более 2/3	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .

	5) отморожения и обширные ожоги, граничащие с обугливанием	окружности конечности 5) отморожения и обширные ожоги, граничащие с обугливанием	
5	ПОКАЗАНИЯМИ К РЕАМПУТАЦИИ СЛУЖАТ 1) неустраняемые другим путем порочные культы 2) контрактура культы 3) остеомиелит конца культы 4) развитие кровотечения из культы в раннем послеоперационном периоде 5) развитие множественных остеофитов костного опиала культы	1) неустраняемые другим путем порочные культы 2) контрактура культы 3) остеомиелит конца культы 5) развитие множественных остеофитов костного опиала культы	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
6	НЕПРАВИЛЬНАЯ ОБРАБОТКА НЕРВОВ ВО ВРЕМЯ АМПУТАЦИИ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПРИВОДИТ К 1) возникновению патологических рефлексов при слишком низком усечении нерва 2) врастанию невромы в рубец при слишком низком усечении нерва 3) атрофии мышц при слишком высоком усечении нерва 4) возникновению патологических рефлексов при слишком высоком усечении нерва	2) врастанию невромы в рубец при слишком низком усечении нерва 3) атрофии мышц при слишком высоком усечении нерва	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
7	В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ 1) операцию Троянова-Тренделенбурга-Бэбкока-Нарата (кросс-эктомию) 2) операцию Маделунга 3) эндоскопическую диссекцию перфорантных вен 4) операцию Шеде	1) операцию Троянова-Тренделенбурга-Бэбкока-Нарата (кросс-эктомию) 3) эндоскопическую диссекцию перфорантных вен	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
8	ЗАЖИМ САТИНСКОГО МОЖНО НАКЛАДЫВАТЬ 1) на периферические артерии небольшого диаметра 2) на аорту 3) на крупные периферические вены 4) на легочный ствол	1) на периферические артерии небольшого диаметра 2) на аорту 3) на крупные периферические вены 4) на легочный ствол	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
9	В ЛЕГКИХ ВЫДЕЛЯЮТ ДОЛИ: 1) справа верхнюю, среднюю, нижнюю 2) слева верхнюю, среднюю, нижнюю 3) справа верхнюю, нижнюю 4) слева верхнюю, нижнюю	1) справа верхнюю, среднюю, нижнюю 4) слева верхнюю, нижнюю	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

УК-1.2 Уметь

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПОСЛЕ РАЗРЕЗА КОЖИ СКАЛЬПЕЛЬ: 1) используется далее в ходе операции 2) больше не используется 3) погружается в раствор антисептика, затем используется в ходе операции 4) протирается стерильной салфеткой, затем используется в ходе операции	2) больше не используется	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
2.	РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНЕ КЛЕТЧАТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПИРОГОВА ДЕЛАЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ: 1) на передней 2) на задней 3) на латеральной 4) на медиальной 5) на боковых поверхностях	5) на боковых поверхностях	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
3	МИНИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛИНА КУЛЬТИ БЕДРА СОСТАВЛЯЕТ 1) 10-12 см 2) 6-7 см 3) 7-8 см 4) 9-10 см	1) 10-12 см	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
4	ФОРМИРОВАНИЕ ОПОРНОЙ КУЛЬТИ ГОЛЕНИ ЗА СЧЕТ ЛОСКУТА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) костно-пластической ампутацией по Н.И. Пирогову 2) костно-пластической ампутацией по Гритти-Шимановскому 3) костно-пластической ампутацией по Виру 4) экзартикуляцией	1) костно-пластической ампутацией по Н.И. Пирогову	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

5	ОБРАБОТКА НЕРВОВ КУЛЬТИ ПРИ АМПУТАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В 1) вытягивании нервных стволов в операционную рану с последующим их пересечением 2) препаровке тканей окружающих нерв, с последующим высоким его усечением 3) раздавливании нерва зажимом с последующим его прошиванием 4) инъекции склерозанта под эпинеурей	2) препаровке тканей окружающих нерв, с последующим высоким его усечением	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
6	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АМПУТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ, КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ВЫКРАИВАЕТСЯ ИЗ 1) тыльной поверхности пальца 2) боковой поверхности пальца 3) ладонной поверхности пальца 4) тыльной и ладонной поверхностей пальца	3) ладонной поверхности пальца	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
7	ПРИ НЕПРЯМОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ЭМБОЛЕКТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ 1) зажим Пеана 2) катетер Померанцева-Фоллея 3) катетер Фогарти 4) зонд Минессота	3) катетер Фогарти	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
8	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ШВА НА СОСУДЫ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1) рассасывающийся полифиламентный шовный материал 2) нерассасывающийся полифиламентный шовный материал 3) рассасывающийся монофиламентный шовный материал 4) нерассасывающийся монофиламентный шовный материал	4) нерассасывающийся монофиламентный шовный материал	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
9	НАЗОВИТЕ ДОПУЩЕННУЮ ОШИБКУ ПРИ ВСКРЫТИИ ТРАХЕИ, КОГДА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ ДЫХАНИЕ НЕ ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ 1) повреждение пищевода 2) повреждение голосовых связок 3) не вскрыта слизистая оболочка 4) трахеостомия наложена низко 5) повреждение nervus laryngeus recurrens	3) не вскрыта слизистая оболочка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.

	Выберите несколько правильных ответов		
1.	КОЛИЧЕСТВО ЗАВЯЗЫВАЕМЫХ УЗЛОВ ЗАВИСИТ ОТ 1) толщины нити 2) структуры нити 3) фитильного эффекта нити 4) типа иглы (tappercut)	1) толщины нити 2) структуры нити	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
2.	ПУНКЦИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА МОЖЕТ БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНА: 1) спереди 2) сзади 3) снизу 4) снаружи	1) спереди 2) сзади 4) снаружи	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
3	ПЕРЕПИЛИТЬ ТРУБЧАТУЮ КОСТЬ ВОЗМОЖНО 1) дуговой пилой 2) листовой пилой 3) костным рашпилем 4) пилой Джилли (Digli)	1) дуговой пилой 2) листовой пилой 3) костным рашпилем 4) пилой Джилли (Digli)	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
4	ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВСЕГДА НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: 1) Р-Р Новокаиона 2) троакар со стилетом 3) зажим Бильрота 4) иглодержатель 5) скальпель	1) Р-Р Новокаиона 4) иглодержатель 5) скальпель	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
5	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ШВА НА КОЖУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) полигликолид 2) капрон 3) шелк 4) кетгут	2) капрон 3) шелк	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
6	ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ СОСУДОВ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ 1) диатермокоагуляцию 2) наложение гемостатических зажимов с последующим лигированием 3) орошение горячим изотоническим раствором хлорида натрия 4) орошение 0,01 % раствором адреналина	1) диатермокоагуляцию 2) наложение гемостатических зажимов с последующим лигированием	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

7	ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ШВА НА МЫШЦЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ МАТЕРИАЛ 1) рассасывающийся монофиламентный 2) рассасывающийся полифиламентный 3) не рассасывающийся монофиламентный 4) не рассасывающийся 5) полифиламентный	1) рассасывающийся монофиламентный 2) рассасывающийся полифиламентный	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
---	--	--	---

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача 1 Пациент поступил с жалобы на наличие болезненного инфильтрата, покраснения по внутренней поверхности бедра. При осмотре по внутренней поверхности бедра от коленного сустава до средней трети бедра определяется линейный инфильтрат, умеренно болезненный, небольшая гиперемия. Имеется варикозное расширение вен на этой конечности. На УЗИ тромбоз большой подкожной вены. Какую операцию следует выполнить и в чем она заключается?	1. Диагноз – Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены. 2. Операция Троянова-Тределенбурга 2. Перевязка и пересечение большой подкожной вены сразу ниже впадения в бедренную вену. 3. Перевязка и пересечение всех притоков большой подкожной вены.	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
2.	Задача 2. Поступил пациент в сравной раной в нижней трети бедра. Рана 7 x2 см в пределах подкожной клетчатки, не кровоточит. Какое хирургическое пособие следует выполнить и какой минимальный набор инструментов вам необходим?	1. ПХО раны 2. Новокаин 0,25- 0,5% 3. Шприц 5-10-20 гр с иглой 4. Скальпель 5. Ножницы 6. Пинцет хирургический 7. Зажим кровостанавливающий 8. Пинцет и электрокоагулятор (при наличии) 9. Иглодержатель 10. Шовный материал нерассасывающийся в комплекте или игла хирургическая колющая с шовными нитями 11. Перекись водорода. 12. Материал перевязочный	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.

ПК 5.1 Знать

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПО КРАЮ РЕБРА 1) по верхнему краю ребра 2) по нижнему краю ребра 3) по середине межреберья 4) в любой из вышеперечисленных точек 5) выбор точки зависит от проведения пункции в переднем или заднем отделе межреберья	1) по верхнему краю ребра	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
2.	ВЕНЫ ПРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ СВЯЗАНЫ С СИСТЕМОЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПОСРЕДСТВОМ 1) околопупочных вен 2) верхней надчревной вены 3) межреберных вен	1) околопупочных вен	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
3	ПОЗАДИ ПОПЕРЕЧНОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА НАХОДИТСЯ 1) брюшина 2) предбрюшинная клетчатка 3) внутрибрюшная фасция 4) сухожильное растяжение	3) внутрибрюшная фасция	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
4	ДОСТУП ПО МАКБУРНЕЮ-ВОЛКОВИЧУ-ДЬЯКОНОВУ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК ПЕРЕМЕННЫЙ ИЗ-ЗА 1) чередования острого и тупого способов разъединения тканей 2) несовпадения линии разреза кожи с линией разъединения мышц 3) несовпадения линии кожного разреза с линией рассечения брюшины 4) косою направления разреза 5) последовательного разъединения тупым способом мышц передне-боковой брюшной стенки с различным направлением волокон	5) последовательного разъединения тупым способом мышц передне-боковой брюшной стенки с различным направлением волокон	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
5	ЛИНИЯ ПЕРЕХОДА МЫШЕЧНОЙ ПОРЦИИ ПОПЕРЕЧНОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА В АПОНЕВРОТИЧЕСКУЮ НАЗЫВАЕТСЯ 1) белой линией живота 2) дугообразной линией (Дугласа) 3) полулунной (Спигелиевой) линией	3) полулунной (Спигелиевой) линией	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. —

	4) паховой (Пупартовой) связкой		736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
6	ОБЛИТЕРИРОВАННАЯ ПУПОЧНАЯ ВЕНА ПРОХОДИТ В СОСТАВЕ 1) медиальной пупочной складки 2) латеральной пупочной складки 3) срединной пупочной складки 4) круглой связки печени	4) круглой связки печени	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
7	ЗАДНЯЯ СТЕНКА ПАХОВОГО КАНАЛА 1) апоневроз наружной косой мышцы живота 2) апоневроз внутренней косой мышцы живота 3) поперечная фасция 4) апоневроз поперечной мышцы живота	3) поперечная фасция	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
8	ГРЫЖЕВЫЕ ВОРОТА КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ 1) надпузырная ямка 2) медиальная паховая ямка 3) латеральная паховая ямка	3) латеральная паховая ямка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
9	ПАХОВАЯ ЯМКА НА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ЧЕРЕЗ КОТОРУЮ ВЫХОДИТ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК ПРИ ПРЯМОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ 1) надпузырная ямка 2) медиальная паховая ямка 3) латеральная паховая ямка	2) медиальная паховая ямка	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
10	ХАРАКТЕРНОЕ ОТЛИЧИЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ГРЫЖИ 1) многокамерный грыжевой мешок 2) необлитерированный влагалищный отросток 3) грыжевой мешок содержит Меккелев дивертикул 4) с признаками воспаления 5) часть стенки грыжевого мешка образована мезоперитонеальным органом	5) часть стенки грыжевого мешка образована мезоперитонеальным органом	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
11	ОТТОК КРОВИ ОТ ЖЕЛУДКА ПРОИСХОДИТ В СИСТЕМУ 1) vena cava superior 2) vena cava inferior 3) vena mesenterica superior 4) vena porta 5) vena umbilicalis	4) vena porta	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

			//www.studentlibrary.ru.
12	ТРОМБОЗ ЧРЕВНОГО СТВОЛА ПРИВОДИТ К 1) острой почечной недостаточности 2) некрозу органов верхнего этажа брюшной полости 3) острой кишечной непроходимости 4) острой ишемии органов малого таза 5) острой надпочечниковой недостаточности	2) некрозу органов верхнего этажа брюшной полости	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
13	ГРАНИЦА МЕЖДУ ВЕРХНИМ И НИЖНИМ ЭТАЖАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 1) горизонтальная плоскость, проведенная через нижние края реберных дуг 2) горизонтальная плоскость, проведенная через пупок 3) брыжейка поперечной ободочной кишки 4) малый сальник 5) большой сальник	3) брыжейка поперечной ободочной кишки	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	В ЛОЖЕ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА АНАСТОМОЗИРУЮТ 1) пупочные артерии 2) верхняя надчревная артерия 3) УП-ХП межреберные артерии 4) нижняя надчревная артерия 5) поясничные артерии	2) верхняя надчревная артерия 4) нижняя надчревная артерия	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
2.	СПОСОБЫ УКРЕПЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА 1) по Мартынову 2) по Жирару 3) по Спасокукоцкому 4) по Бассини	1) по Мартынову 2) по Жирару 3) по Спасокукоцкому	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
3	СПОСОБЫ ПЛАСТИКИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА 1) Кукуджанова 2) Кимбаровского 3) Бассини 4) Постемского	1) Кукуджанова 3) Бассини 4) Постемского	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
4	СПОСОБЫ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ 1) по Лексеру 2) по Мейо	1) по Лексеру 2) по Мейо 3) по Сапежко	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В.

	3) по Сапежко 4) по Краснобаеву		Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
5	СОСУДЫ ЖЕЛУДОЧНО- ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ СВЯЗКИ 1) чревный ствол 2) левая желудочная артерия 3) левая желудочная вена 4) пищеводные ветви левой желудочной артерии 5) панкреатические ветви гастро- дуоденальной артерии 6) лимфатические узлы 7) панкреатические ветви селезеночной артерии	2) левая желудочная артерия 3) левая желудочная вена	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
6	ЖИЗНЕННАЯ" ТРИАДА ПЕЧЕНИ 1) левая желудочная артерия 2) общая печеночная артерия 3) собственная печеночная артерия и ее ветви 4) воротная вена 5) общий желчный проток	3) собственная печеночная артерия и ее ветви 4) воротная вена 5) общий желчный проток	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
7	СЕЛЕЗЕНОЧНАЯ АРТЕРИЯ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 1) головка 2) крючковидный отросток 3) тело 4) хвост	3) тело 4) хвост	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
8	КАРМАНЫ БРЮШИНЫ В ОБЛАСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА 1) верхнее илеоцекальное углубление 2) печеночно-почечное углубление 3) нижнее илеоцекальное углубление 4) вперидислепокишечное углубление 5) позадислепокишечное углубление	1) верхнее илеоцекальное углубление 3) нижнее илеоцекальное углубление 5) позадислепокишечное углубление	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
9	ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ КРОВΟΣНАБЖАЮТ 1) ветви чревного ствола 2) ветви верхней брыжеечной артерии 3) ветви нижней брыжеечной артерии 4) ветви селезеночной артерии 5) правая почечная артерия	1) ветви чревного ствола 2) ветви верхней брыжеечной артерии	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
10	КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ОРГАНАМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 1) поперечные 2) продольные 3) ступенчатые	) поперечные 2) продольные 4) косые 5) комбинированные	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд.,

	4) косые 5) комбинированные		испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
--	--------------------------------	--	---

ПК 5. Уметь

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПО КРАЮ РЕБРА 1) по верхнему краю ребра 2) по нижнему краю ребра 3) по середине межреберья 4) в любой из вышеперечисленных точек 5) выбор точки зависит от проведения пункции в переднем или заднем отделе межреберья	1) по верхнему краю ребра	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
2.	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПУПОК ОБХОДЯТ 1) справа 2) слева 3) пупок рассекается вдоль 4) выбор стороны не имеет значения	2) слева	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
3	ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ ПЕТЛИ КИШКИ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ 1) темный цвет кишки, тусклая серозная оболочка 2) отсутствие перистальтики в ущемленной кишке 3) отсутствие пульсации сосудов брыжейки ущемленной петли 4) наличие мутной грыжевой воды 5) значительная дилатация приводящего сегмента кишки	3) отсутствие пульсации сосудов брыжейки ущемленной петли	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
4	РАЗРЕЗ ПРИ ПАХОВОЙ ГЕРНИОТОМИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ 1) параллельно паховой связке и на 2 см ниже ее 2) параллельно паховой связке и на 2 см выше ее 3) в проекции паховой связки 4) горизонтально на границе наружной и	2) параллельно паховой связке и на 2 см выше ее	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. :

	средней трети длины паховой связки		ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
5	НЕОБХОДИМО УШИВАТЬ ПРОДОЛЬНУЮ РАНУ ТОНКОЙ КИШКИ МЕНЕЕ ДВУХ ЕЕ ДИАМЕТРОВ В НАПРАВЛЕНИИ 1) в продольном 2) в поперечном 3) в косом	2) в поперечном	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
6	ВИНСЛОВО ОТВЕРСТИЕ ВЕДЕТ В 1) печеночную сумку 2) в правый боковой канал 3) в преджелудочную сумку 4) в сальниковую сумку	4) в сальниковую сумку	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
7	К ВОРОТАМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИЛЕГАЕТ 1) головка поджелудочной железы 2) крючковидный отросток поджелудочной железы 3) хвост поджелудочной железы 4) малый сальник	3) хвост поджелудочной железы	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
8	ДОСТУП К ЧЕРВЕОБРАЗНОМУ ОТРОСТКУ ПО ВОЛКОВИЧУ-ДЬЯКОНОВУ ОТНОСИТСЯ К 1) комбинированному 2) поперечному 3) продольному 4) косому	4) косому	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
9	КИШЕЧНЫЙ ШОВ ИНФИЦИРОВАН ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ 1) серозного слоя 2) мышечного слоя 3) слизистого слоя 4) подслизистого слоя 5) не инфицируется	3) слизистого слоя	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. —

			736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
10	ТЕХНИЧЕСКИЙ ПРИЕМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ ЗАТЕКАНИЕ ПИЩИ В СВОБОДНУЮ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ГАСТРОСТОМИИ 1) гастропексия 2) создание искусственного клапана 3) перевязка правой желудочной артерии 4) тампонада большим сальником 5) создание мышечного жома	1) гастропексия	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
11	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ГАСТРОСТОМЫ ПО СПОСОБУ КАДЕРА ФОРМИРУЕТСЯ СВИЩ 1) губовидный 2) трубчатый 3) продольный 4) поперечный 5) циркулярны	2) трубчатый	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
12	ПРИ НАЛОЖЕНИИ ГАСТРОСТОМЫ ПО СПОСОБУ ТОПРОВЕРА ФОРМИРУЕТСЯ СВИЩ 1) губовидный 2) трубчатый 3) продольный 4) поперечный 5) циркулярный	1) губовидный	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
13	ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАССАЖ СОДЕРЖИМОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА СОХРАНЯЕТСЯ ПРИ СПОСОБЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА 1) по Гофмейстеру—Финстереру 2) по Райхелю—Полиа 3) по Бильрот II 4) по Бильрот I 5) по Ру	4) по Бильрот I	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
13	ДЛЯ УПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ "ПОРОЧНОГО" КРУГА ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВПЕРЕДИБОДОЧНОМ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗЕ НЕОБХОДИМО 1) подшить кишку «изоперистальтически» 2) сделать соустье размером более двух диаметров кишки 3) наложить межкишечное соустье по Брауну	3) наложить межкишечное соустье по Брауну	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

	4) произвести пилоропластику 5) выполнить ваготомию		
14	ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВПЕРЕДИОБОДОЧНОГО ПЕРЕДНЕГО ГASTРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА БЕРУТ ПЕТЛЮ ТОЩЕЙ КИШКИ НА РАССТОЯНИИ ОТ 12- ПЕРСТНОТОЩЕГО ИЗГИБА ДЛИНОЙ 1) 10-20 см 2) 30-40 см 3) 50-60 см 4) расстояние не имеет значения	3) 50-60 см	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
	Выберите несколько правильных ответов		
1	ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ 1) грыжевой мешок после мобилизации иссекают без прошивания 2) грыжевой мешок после мобилизации рассекают, прошивают, после чего погружают 3) грыжевой мешок после выделения погружают без прошивания и иссечения 4) производят пластику прошивая вворачивающим швом поперечную фасцию, мышцы и апоневроз наружной косой мышцы 5) пластику осуществляют подшиванием полипропиленового протеза 6) апоневроз наружной косой мышцы ушивается под канатиком 7) апоневроз наружной косой мышцы ушивается под канатиком	3) грыжевой мешок после выделения погружают без прошивания и иссечения 5) пластику осуществляют подшиванием полипропиленового протеза 7) апоневроз наружной косой мышцы ушивается под канатиком	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
2	КИШЕЧНЫЕ ШВЫ ПО ОХВАТУ СЛОЕВ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ВИДЫ 1) серозно-мышечно-подслизистые 2) серозно-мышечные 3) мышечно-мышечное 4) сквозные 5) серо-серозные	1) серозно-мышечно- подслизистые 2) серозно-мышечные 4) сквозные 5) серо-серозные	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
3	ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К КИШЕЧНЫМ ШВАМ 1) прочность 2) многорядность 3) герметичность 4) гемостатичность 5) стерильность	1) прочность 3) герметичность 4) гемостатичность 5) стерильность	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .
4	ВИДЫ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ 1) «конец в бок» 2) «бок в бок» 3) «конец в конец» 4) «край в край»	1) «конец в бок» 2) «бок в бок» 3) «конец в конец»	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http: //www.studentlibrary.ru .

			//www.studentlibrary.ru.
5	ПРОБЛЕМА PARS NUDA ВОЗНИКАЕТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ВИДАХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ 1) анастомоз "конец в конец" 2) анастомоз "бок в бок" 3) анастомоз "конец в бок" 4) анастомоз "бок в конец"	1) анастомоз "конец в конец" 3) анастомоз "конец в бок" 4) анастомоз "бок в конец"	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
6	ПОКАЗАНИЯ К СИГМОСТОМИИ 1) непроходимость поперечной ободочной кишки 2) ранение сигмовидной кишки 3) непроходимость прямой кишки 4) ректовагинальный свищ	2) ранение сигмовидной кишки 3) непроходимость прямой кишки 4) ректовагинальный свищ	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
7	ВИДЫ ВАГОТОМИИ НА ЖЕЛУДКЕ 1) стволовая ваготомия 2) проксимально-селективная ваготомия 3) селективная ваготомия 4) пучковая ваготомия	1) стволовая ваготомия 2) проксимально-селективная ваготомия 3) селективная ваготомия	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .
8	ПОКАЗАНИЯ К ГАСТРОСТОМИИ 1) стеноз привратника 2) острая кишечная непроходимость 3) неоперабельный рак пищевода и кардиального отдела желудка 4) стеноз пищевода 5) разрыв пищевода	3) неоперабельный рак пищевода и кардиального отдела желудка 4) стеноз пищевода 5) разрыв пищевода	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

Задания открытого типа

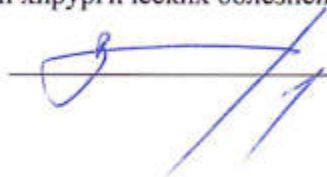
Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача1 Пациент поступил через 7 дней от начала заболевания с жалобами на боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,5 с ознобом. При осмотре в правой подвздошной области определяется болезненный инфильтрат диаметром около 15 см. Симптомов раздражения брюшины нет. На УЗИ инфильтрат с жидкостным скоплением до 7см. Поставлен диагноз Аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием. Ваша тактика?	1 Срочное оперативное лечение. Вскрытие дренирование абсцесса под общим обезболиванием. Доступ Пирогова.	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru .

2.	Задача 2 Пациент поступил на 7 сутки заболевания с диагнозом Острого холецистита. Принято решение о срочной операции открытой холецистэктомии. Какие наиболее частые варианты оперативного доступа возможны? В чем их преимущество и недостатки	1) лапаротомия доступом Кохера 2) срединная лапаротомия 3) доступ Кохера обеспечивает лучшие манипуляционные возможности. Лапаротомный доступ быстрее и менее травматичен.	Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. В. Николаев. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 736 с. : цв. ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru.
----	---	--	---

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

**Фонд оценочных средства для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине**

**«Подготовка к первичной специализированной аккредитации»
для обучающихся 2024, 2025 годов поступления по образовательной
программе**

31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

**Перечень универсальных и профессиональных компетенций
выпускников и индикаторы их достижения.**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1 - навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включение в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение	1 - этиологию,патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний,	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;

	возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания		требующих в перспективе оперативного лечения).	
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателем эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1 - дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническому, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями органов брюшной и грудной полости.	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2.оказать необходимую срочную помощь при неотложных	1 - владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

		заболеваний.); 4 - виды и показания к хоперативнм вмешательствам; 5 - знать принципы лечения послеоперационных осложнений.	состояниях; 3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно- курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература:

- 1. Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) :** учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/174461>
- 2. Отработка практических навыков и умений. Эталоны симуляционных модулей оказания медицинской помощи :** пособие / Л. В. Бабенкова, Г. К. Баркун, Ю. А. Беспалов и др. - Витебск : ВГМУ, 2016. - 127 с. - ISBN 9789854668208. - Текст : электронный // ЭБС "Букар" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/otrabotka-prakticheskikh-navykov-i-umenij-etалony-simulyacionnyh-modulej-okazaniya-medicinskoj-pomoshchi-12170282>
- 3. Скорая медицинская помощь: национальное руководство** / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллиной, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г.

- Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html>
4. Хирургия по Шварцу. Том I / под ред. Ф. Ч. Бруникарди ; пер. с англ. под ред. А. Ш. Ревитшвили, Ю. В. Белова, В. И. Белоконова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-8033-5, DOI: 10.33029/978-5-9704-8033-5-PSS1-2023-1-784. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970480335.html>
 5. Клиническая анатомия живота. Иллюстрированный авторский цикл лекций [Электронный ресурс] / И. И. Каган. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970463970.html>
 6. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970460009.html>

Клинические рекомендации по нозологическим формам.

Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ
<https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines>

Клиническая хирургия [Текст] : нац. рук. Т. 1 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 864, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

Клиническая хирургия [Текст] : нац. рук. Т. 2 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 825, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

Клиническая хирургия [Текст] : нац. руководство. Т. 3 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед. о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002, [4] с. : ил., 5 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).

Общая и неотложная хирургия [Текст] : руководство / под ред. С. Патерсон-Брауна ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 379 с. : ил., цв. ил. - (Руководства для специалистов хирургической практики).

Гостищев В. К. Общая хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Анестезиология" / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 728 с. : ил., 8 л. цв. ил.

Хирургические болезни [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 2 / В. С. Савельев [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 398, [2] с. : ил. + 1 CD-ROM (к Т. 1-2).

Хирургические болезни [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 1 / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 603, [3] с. : ил. + 1CD-ROM (к Т. 1-2).

Хирургические болезни [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" / А. Ф. Черноусов [и др.] ; под ред. А. Ф. Черноусова ; Минобрнауки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. : ил., цв. ил. + 1 CD-ROM.

Петров С. В. Общая хирургия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" и 060105.65 "Мед.-профил. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Лучевая диагностика" / С. В. Петров ; Минобрнауки РФ. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. : ил.

Российское общество хирургов (РОХ) - www.общество-хирургов.рф (электронный ресурс)

Дополнительная литература:

Ривкин В. Л. Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.

Эндокринная хирургия [Текст] : [рук. для врачей] / С. С. Харнас [и др.] ; под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 490, [4] с. : ил., цв. ил. - (Библиотека врача-специалиста. Хирургия. Эндокринология).

Травматология [Текст] : национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808с. – (Национальные руководства).

Урология [Текст] : национальное руководство / под ред. Н.А.Лопаткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024с. – (Национальные руководства).

Первая помощь при ранениях, травмах и других неотложных состояниях в условиях мирного времени и в вооруженных конфликтах / П. Е. Крайнюков, Р. Г. Макиев, М. Р. Булатов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-7969-8, DOI: 10.33029/9704-7969-8-EAS-2023-1-184.

Первая помощь в зонах ликвидации последствий катастроф. Диагностика и элементы медицинской помощи на догоспитальном этапе / В.Ф. Кривенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - ISBN 978-5-9704-8505-7, DOI: 10.33029/9704-8505-7-FAZ-2025-1-120.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

<u>Ссылка на информационный ресурс</u>	<u>Доступность</u>
http://ЭБС «Консультант студента» http:// www.studmedlib.ru	Свободный доступ

Единая реферативная библиографическая база данных (профессиональная база данных) http://www.scopus.com	Свободный доступ
Национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных) http://www.elibrary.ru	Свободный доступ
Журнал: <i>Medical Education Online</i> http://med-ed-online.net/	Свободный доступ
http://www.scsml.rssi.ru/	Свободный доступ
Методический центр аккредитации специалистов https://fmza.ru/fos_primary_specialized/	Свободный доступ
ЭИОС ВолгГМУ https://elearning.volgmed.ru/	Для участников курса
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1	1. На амбулаторном приеме хирург заподозрил у больного острый аппендицит. Его действия: а) Амбулаторное динамическое наблюдение б) Амбулаторная антибактериальная терапия в) Срочная госпитализация в хирургический стационар	В	Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2020 – 144 с.

	г) Амбулаторное обследование: анализы, УЗИ, ФГС		
2	Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать: а) Анализ кала на скрытую кровь; б) Контрастную рентгеноскопию желудка; в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь; г) Фиброгастроскопию; д) Определение гемоглобина и гематокрита.	Г	Эндоскопическая хирургия [Электронный ресурс]/Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. – М.; Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
3	При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются: а) Сроком с момента прободения; б) Степенью воспалительных изменений брюшины; в) Величиной перфоративного отверстия; г) Локализацией перфоративного отверстия; д) Возрастом больного.	Б	Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональные секреты / Хешберг Э. – М.: Практическая медицина, 2019 – 256 с.
4	При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные: а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки; б) Поздней обращаемостью; в) Возможностью психозов; г) Возможностью суицидальных д) Всем перечисленным.	А	Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
5	Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: а) Рвота; б) Желудочное кровотечение; в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) Частый жидкий стул; д) Икота.	В	Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональные секреты / Хешберг Э. – М.: Практическая медицина, 2019 – 256 с.
6	Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано: а) При остром деструктивном холецистите; б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря; в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря; г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря;	В	.. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчури Р. С., Алексеев М. С; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра,

	д) Тампон не ставят.		2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
7	Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками: а) Инсуломы поджелудочной железы; б) Синдрома приводящей петли; в) Пептической язвы анастомоза; г) Демпинг-синдрома; д) Синдрома малого желудка	Г	.. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурина Р. С., Алексеев М. С.; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
8	Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; б) Постбульбарные язвы; в) Язвы малой кривизны желудка; г) Язвы большой кривизны желудка; д) Язвы всех указанных локализаций.	Г	Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
9	Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни: а) Остановившееся желудочное кровотечение; б) Перфоративная язва; в) Пенетрирующая язва; г) Стеноз выходного отдела желудка; д) Малигнизированная язва.	Б	Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
10	При наличии аппендикулярного инфильтрата показана: а) Срочная операция - аппендэктомия; б) Пункция инфильтрата; в) Наблюдение; г) Консервативная терапия; д) Лапароскопия.	Г	Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2020 – 144 с.
11	Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при: а) Переднем подпеченочном расположении	В	Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М,

	червеобразного отростка б) Местном перитоните в правой подвздошной области в) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка г) Медиальном расположении червеобразного отростка д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.		2020 – 144 с.
12	При осмотре больного с ущемленной паховой грыжей (ущемление 6-8 часов) хирург вправил грыжевое выпячивание в брюшную полость. Какова дальнейшая тактика: а) Отправить больного домой б) Госпитализировать для динамического наблюдения г) Срочно оперировать в) Назначит антибактериальную терапию	Г	Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
13	На амбулаторном приеме хирург диагностирует у больного острый парапроктит. Его действия: а) Срочное вскрытие гноя в амбулаторном порядке под местной анестезией б) Назначение антибактериальной терапии в амбулаторном порядке в) Назначение ФТЛ г) Срочная госпитализация в проктологическое или хирургическое отделение для оперативного лечения д) Направление в плановом порядке к колопроктологу	Г	Ревишвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревишвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с.
14	У больной, обратившейся к хирургу с острой болью в животе и с дивертикулярной болезнью в анамнезе, пальпируется в животе инфильтрат. Правильные действия: а) Назначить антибактериальную терапию б) Назначит дообследование для исключения ЗНО ободочной кишки: ректороманоскопия, ирригоскопия, ФКС в) Направить в плановом порядке к гинекологу для исключения гинекологической патологии г) Направить больную на срочную госпитализацию в хирургическое отделение	Г	Колопроктология [Электронный ресурс] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 - 368 с. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
15	В легком выявлено небольшое	Б	.. 80 лекций по хирургии

	периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести: а) Бронхоскопию; б) Трансторакальную игловую биопсию; в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии; г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки; д) Исследование промывных вод при бронхоскопии		[Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
16	Больному 47 лет. Давно и много курит. В течение последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить: а) Хронический абсцесс легкого; б) Хроническую пневмонию; в) Рак легкого; г) Туберкулез легкого; д) Пневмосклероз.	В	.. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
17	Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит: а) Лицевых вен; б) Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза; в) Глубоких вен верхних конечностей; г) Поверхностных вен нижних конечностей; д) Поверхностных вен верхних конечностей.	В	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. -2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 -644 с. Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
18	Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны : а) Резкий отек нижней конечности; б) Некроз пальцев стоп; в) Похолодание стопы; г) Симптом перемежающейся хромоты; д) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.	А	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. -2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 -644 с. Режим доступа:

			http://www.studentlibrary.ru/
19	При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию: а) Бебкока; б) Нарата; в) Маделунга; г) Троянова-Тренделенбурга; д) Линтона.	Д	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. -2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 -644 с. Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
20	Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить: а) Ранение легкого; б) Торакоабдоминальное ранение; в) Ранение сердца; г) Ранение крупных сосудов средостения; д) Плевропульмональный шок.	В	.. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
21	Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают: а) Только дренирование плевральной полости; б) Гемостатическую консервативную терапию; в) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого; г) Искусственную вентиляцию легких; д) Экстраплевральный остеосинтез.	В	Мануковский, В.А. Тулупов, А.Н. Политравма: руководство для врачей /А.Н. Тулупов, В.А. Мануковский и др. - Гэотар-Медиа, 2022 – 960 с.
Выберите несколько правильных ответов			
1	К осложнениям сепсиса относятся: а) Септические кровотечения	А, Б,	Ревишвили, А.Ш. Оптимизация

	б) Тромбозмболия артерий конечностей или внутренних органов в) Асцит, анасарка г) Септический эндокардит д) Пневмония.	Г, Д	диагностики и лечения гнойно- воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревитшвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с.
2	Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить: а) Центральный рак легкого; б) Доброкачественную опухоль (центральный); в) Пневмонию; г) Пневмоторакс; д) Инородное тело.	А, Б	80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.r u/
3	Для флегмоны характерно: а) Общее недомогание б) Повышение температуры тела в) Локальная болезненность г) Локальная гиперемия кожи д) Полость с гноем, окруженная капсулой.	А, Б, В, Г	Ревитшвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно- воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревитшвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с.
4	При фурункуле лица с высокой температурой применяется: а). Строгий постельный режим б). Широкое раскрытие гнойного очага в). Пища в жидком состоянии г) Инфузионная дезинтоксикационная терапия.	Б, Г	Ревитшвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно- воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревитшвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с.
5	Операцию артротомии при гнойном артрите производят: а) При обширном разрушении суставных концов костей; б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта; в) При наличии гноя в полости сустава; г) При разрушении связочного аппарата	Б, В	Ревитшвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно- воспалительных заболеваний (инновационные

	сустава; д) При резко выраженном болевом синдроме.		технологии) / А.Ш. Ревитшвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с.
6	Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является: а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье. б) Боль в предреберье. в) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании. г) Ослабленное дыхание на стороне травмы. д) Общее тяжелое состояние больного.	В, Г, Д	Кавалерский, Г.М. Хирургия катастроф. Учебник / Г.М. Кавалерский. - М.: Academia, 2018 - 80 с.
7	Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить: а) Внутривнутрибрюшное кровоизлияние; б) Разрыв легкого; в) Тупую травму сердца; г) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную; д) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.	Г, Д	Кавалерский, Г.М. Хирургия катастроф. Учебник / Г.М. Кавалерский. - М.: Academia, 2018 - 80 с.
8	У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять: а) Дренажирование плевральной полости справа; б) Дренажирование обеих плевральных полостей; в) Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки; г) Насечки на коже грудной клетки и шеи; д) Динамическое наблюдение.	В, Г, Д	80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчури Р. С., Алексеев М. С ; под общей ред. С.В. Савельева. - М.: Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
9	Синдром Педжета-Шреттера заключается и проявляется А. во врожденных множественных артериовенозных фистулах Б. в некрозах мышечной оболочки аорты В. в тромбозе подключичной вены	В, Д	Ю. Шевченко – Клиническая флебология (2016)

	Г. в одновременной висцеральной и парietальной эмболии Д. расширением подкожных вен в/к, отёке в/к		
10	К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся: А. замедления тока крови в венах Б. нарушения целостности внутренней выстилки вен варикозного расширения вен В. повышения фибринолитической активности крови Д мерцательной аритмии	А, Б, Д	Болезни магистральных вен — книга автора Савельев В.С., 440 с., 5 л. ил. (1972).

Ситуационные задачи (с развёрнутым ответом).

Раздел дисциплины	Ситуационные задачи	Проверяемые Компетенции, источник
Организация хирургической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в хирургии.	ЗАДАЧА № 1 В хирургическое отделение в плановом порядке госпитализирована больная 35 лет с желчнокаменной болезнью, которая у нее диагностируется около пяти лет. За это время перенесла три госпитализации по поводу острого холецистита. От предлагаемого оперативного лечения отказывалась. В настоящее время поступила на оперативное лечение. Вопросы: С каким диагнозом больная идет на операцию? Какой объём обследования необходим для планового оперативного вмешательства? Какой объём оперативного вмешательства предстоит больной в зависимости от результатов инструментального обследования?	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10 1 Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ 2 Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ [Электронный ресурс] Режим доступа: https://book.surgеоns.ru/clinical-guidelines
Хирургия органов	ЗАДАЧА № 2	УК-1, ПК-1, ПК-2

брюшной полости	В приемное отделение доставлена 28-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела. Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было. При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Каков дифференциальный диагноз Лечебная тактика. Осложнения при данном заболевании Послеоперационные осложнения ЗАДАЧА №3 Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покраснение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает невралимой пупочной грыжей. Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39,0 С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,20 С. Пульс - 100 ударов в минуту.	ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10 Пугаев, А.В. Острый Аппендицит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2020 – 144 с. Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональны е секреты / Хешберг Э. – М.: Практическая медицина, 2019 – 256 с. Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим
-------------------------------	---	---

	Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлинен. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8х6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мочеиспускание не учащено. Стула не было 4 дня. Газы не отходят. Вопросы: Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза? Алгоритм лечения данной патологии? Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании? ЗАДАЧА №4 В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость. Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью. Из анамнеза жизни выявлено, что операций, гемотрансфузий не проводилось. Язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля». Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым	доступа: http://www.studmedlib.ru/ Хешберг Э., Мэттокс К.Л.; под ред. Мэри К. Аллен; Неотложная хирургия: профессиональные секреты / Хешберг Э. – М.: Практическая медицина, 2019 – 256 с. Хирургические болезни [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 688 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С; под общей ред.
--	---	---

	налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Положительный симптом Спигарного в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительны. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области. Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваша тактика и лечение? Стандарты диагностики и лечения данной патологии. ЗАДАЧА № 5 Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту. Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,80 С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастральной области, правом и левом подреберьях. Отмечается болезненность в точках Шоффара, Дежардена. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен. Вопросы: Ваш предварительный диагноз?	С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008 - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ Пугаев, А.В. Острый Панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. - Инфра-М, 2019 – 180 с Клиническая хирургия [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 - Т. III. - 1008 с. –Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970415443.Html
--	---	---

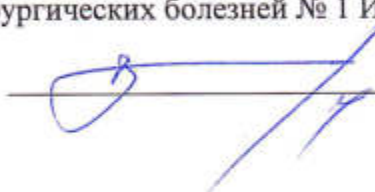
	Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Стратегические направления ведения больных. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? Каковы послеоперационные осложнения?	
Хирургия сосудов Гнойная хирургия	ЗАДАЧА № 6 Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повышенную чувствительность к холоду, чувство онемения в икроножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из-за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 метров ходьбы. В течении последних 15 лет больной наблюдается у терапевта по поводу: ИБС. Атеросклеротического кардиосклероза II ст. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 76 в минуту. Артериальное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утолщены, ломкие). Волосистой покров отсутствует. При термометрии: в I-м межпальцевом промежутке слева – 29,5о С, справа – 30,5о С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Справа пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэльса, Мошковица - Шаповой. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибриноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 6 баллов. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какой из симптомов выступает на передний план этого заболевания? С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику? Лечебная тактика	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10 Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. -2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012 -644 с. Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/

	ЗАДАЧА № 7 За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38,0 С, общую слабость, головную боль. Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2° С. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5х4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны. Вопросы: Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Каковы принципы лечения данного заболевания? Сформируйте способы профилактики данного заболевания?	Ревишвили, А.Ш. Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии) / А.Ш. Ревишвили. – СпецЛит, 2020 – 319 с. Каган, И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник / И.И. Каган. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 80 с.
Политравма	ЗАДАЧА №8 Больной 25 лет доставлен с ДТП, происшедшего час назад. Находился за рулем легкового автомобиля, врезавшегося в грузовик. Доставлен машиной скорой помощи, которая выполняла реанимационные мероприятия. Состояние тяжелое. Без сознания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс нитевидный, 120 ударов в минуту, Артериальное давление 40/0 мм.рт.ст. Тоны сердца не прослушиваются. Дыхание шумное. На лице, волосистой части головы множественные мелкие ранения с умеренным кровотечением. Живот напряжен во всех отделах. Вопросы: Предварительный диагноз? Тактика хирурга в данной ситуации? Назовите дополнительные методы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10 Клиническая хирургия [Электронный ресурс] под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 - Т. III. - 1008 с. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book

	Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Определите операционную тактику	Парфёнов, В.Е. Хирургия тяжелых сочетанных повреждений: Атлас / В.Е.Парфёнов, А.Н.Тулупов. – СПб.: ЭЛБИ, 2018 – 458с.
--	--	--

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия» для обучающихся 2024, 2025 годов поступления по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год**

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

Перечень универсальных и профессиональных компетенций выпускников и индикаторы их достижения.

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в хирургии; 2 – особенности топографической хирургии при разных хирургических заболеваниях; 3 - основные принципы оперативной хирургии брюшной и грудной полости; 4 - научные идеи и тенденции развития современной хирургии.	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; 3 - управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 4 - владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 - этиологию,патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний человека (острые хирургические заболевания брюшной полости, гнойная хирургическая инфекция, заболевания легких и плевры);	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия(раннее выявление грыж, желчнокаменной болезни и др.хирургических заболеваний, требующих в перспективе оперативного лечения).	1 -обосновывать с хирургических позиций выбор профилактических мероприятий для предотвращения осложнений заболеваний.;

ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний, требующих оперативного вмешательства); 2 - виды и показания к хирургическому лечению.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики хирургических заболеваний; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия.	1 - обосновывать выбор профилактических мероприятий и выбор групп диспансерного наблюдения; 2 - владеть методиками мониторинга за группами диспансерного учета (сосудистые заболевания нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и др.).
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - особенности закономерности патогенеза наиболее распространенных хирургических заболеваний человека; 2 - методы оценки тяжести состояния наиболее тяжелых хирургических заболеваний (сепсис, перитонит, панкреонекроз); 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных заболеваний желудочно-кишечного тракта);	1 - интерпретировать результаты оценки иммунного статуса; показателем эндотоксикоза у хирургических больных 2 - обосновать необходимость применения антибактериальной терапии, объяснять действие лекарственных препаратов и возможных осложнений при нарушении назначения.	1- дифференциальной диагностикой основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. а; 2 - способностью определить «группу риска» хирургических заболеваний по клиническому, лабораторным и рентгенологическим данным; 3 - алгоритмом постановки предварительного диагноза по МКБ
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями органов брюшной и грудной полости.	1 - возрастные особенности пищеварительной, дыхательной и костно-суставной системы; 2 - общие закономерности распространенности наиболее частых заболеваний человека, нуждающихся в оперативном лечении; 3 - этиологию, иммунопатогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных хирургических заболеваний.); 4 - виды и показания к оперативным вмешательствам; 5 - знать принципы лечения послеоперационных осложнений.	1 оценивать тяжесть состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи. 2. оказывать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; 3. разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза,	1 - владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с острыми хирургическими заболеваниями в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

			осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции; -	
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях 2 - применять элиминационные методы лечения у пациентов с эндотоксикозом	1 - владеть методикой элиминационных подходов к лечению 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях

Перечень литературы, рекомендуемой для изучения дисциплины, используемый как источник информации для составления оценочных средств:

а) Основная литература:

1. Сосудистая хирургия. В.С. Савельева Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Затевахина И.И., А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
2. Операции на сосудах: учебное пособие / под ред. Р. Е. Калинина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 120 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
3. Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : в 2 т. Т. 2 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского.-2-е изд. (эл.). - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2024. - 644 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)¹
4. Общехирургические аспекты сердечно-сосудистой хирургии. Н.Н. Шихвердиев, 2021г.
5. Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук. : в 3 т. Т. 1 / [А. А. Адамян и др.]; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР Медиа, 2008. – 858 с. - Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>. Удаленный доступ
6. Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук. : в 3 т. Т. 3 / [Е. В. Кижаяев и др.]; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР Медиа, 2010. – 1002 с. - Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>. Удаленный доступ
7. Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: <http://ibooks.ru>. Удаленный доступ
8. Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.]: Т. 2 / под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 644 с. - Режим доступа: <http://ibooks.ru>. Удаленный доступ
9. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М.: МИА, 2011.
10. Эндоскопические методы в общехирургической практике [Текст] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. ; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. - 107 с.: ил. - Библиогр.: С. 107.

11. Эндоскопические методы в общей хирургической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак.; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019.
12. Хирургические болезни [Текст] : [учеб. для вузов] : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 719 с.: ил. Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>. Удаленный доступ.
14. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1024 с.: ил. – Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>. Удаленный доступ
15. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: [учеб.-метод. пособие для высш. проф. образования] / [А. И. Кириенко и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 184 с. - Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>. Удаленный доступ
16. Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс]: учебное пособие / [И. Г. Никитин, Е. В. Резник, О. А. Эттингер и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Авт. указ. на обороте тит. л. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: <http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101>. Удаленный доступ
17. Лечение болезней внутренних органов [Текст]: руководство / А. Н. Окорочков. - Т. 3, кн. 1: Лечение болезней сердца и сосудов. - М.: Мед. лит., 2007.
- 18 Уход в хирургической практике [Текст]: [руководство] / У. Кампхаузен; пер. с нем. М. Д. Дибирова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 469 с.: ил. - Пер. изд.: Klinikleitfaden Chirurgische Pflege / hrsgb. U. Kamphausen. (2. vol. uber. Aufl. Munchen: Jena: Elsevier: Urban und Fischer).
19. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. Ю.В.Белов / Москва, 2009
20. Фармакотерапия хронических сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство под ред. Академика РАМН Л.И. Ольбинской, 2006 – 384с.
21. Заболевания аорты и ее ветвей — книга автора Покровский А.В., 324 с., 9 л. ил. (1979)

б). Дополнительная литература:

1. 80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С ; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008. - 912 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>
2. Баранов В. Л. Тромбоэмболия легочной артерии [Текст] : учеб. пособие / Баранов В. Л., Куренкова И. Г. , Николаев А. В. ; под ред. С. Б. Шустова ; Воен.-мед. акад., 1 каф. (терапии усовершенствования врачей). - СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2007. - 218 с.
3. Бокерия Л. А. Внезапная сердечная смерть [Электронный ресурс] / Бокерия Л. А., Ревитшвили А. Ш., Неминуций Н. М. - М., 2013. - 272 с. – (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>
4. Ю. Шевченко – Клиническая флебология (2016)
5. Файбушевич, А. Г. Ф17 Сердечно-сосудистая хирургия в вопросах и ответах: учеб. пособ. [Текст] / А. Г. Файбушевич, В. Ю. Баранович, Г. И. Веретник, Д. А. Максимкин, Ж. Б. Дандарова, М. А. Чиников. – М.: РУДН, 2013. – 292 с : ил.
6. Болезни магистральных вен — книга автора Савельев В.С., 440 с., 5 л. ил. (1972).
7. Клинические рекомендации – Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов – 2021-2022-2023 (21.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы).

1. Клиническая лабораторная диагностика.
2. Клиническая медицина.
3. Российский медицинский журнал.
4. Ангиология и сосудистая хирургия
5. Клиническая физиология кровообращения
6. Вестник лимфологии
7. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия
8. Сердечно-сосудистые заболевания

в). Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. www.bibliomed.ru
2. www.consilium-medicum.com
3. www.laparoscopy.ru
4. www.mediashera.ru (ЕСДМ и доказательная медицина)
5. www.medlincks.ru
6. www.med-pravo.ru
7. www.minzdrav-rf.ru
8. <https://racvs.ru>
9. <http://www.bakulev.ru>
10. <http://www.meshalkin.ru>

ПК-1 знать

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются: А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока Б. мерцательная аритмия В. частота обострений ревматического процесса Г. длительность порока Д. правильно А и Б	Д	Общехирургические аспекты сердечно-сосудистой хирургии. Н.Н. Шихвердиев, 2021г.
2.	Для операции эмболектomie целесообразно использовать баллонный катетер: А. Фогарти Б. «Дует» В. катетер Рашкинда	А	Файбушевич, А. Г. Ф17 Сердечно-сосудистая хирургия в вопросах и ответах: учеб. пособ. [Текст] / А. Г. Файбушевич, В.

	Г. любой баллонный катетер		Ю. Баранович, Г. И. Веретник, Д. А. Максимкин, Ж. Б. Дандарова, М. А. Чиников. – М.: РУДН, 2013. – 292 с: ил.
3	Условиями радикальной эмболектмии являются: А. восстановление хорошего центрального кровотока Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока В. полное удаление тромботических масс из дистального русла Г. все перечисленное	Г	Файбушевич, А. Г. Ф17 Сердечно-сосудистая хирургия в вопросах и ответах: учеб. пособ. [Текст] / А. Г. Файбушевич, В. Ю. Баранович, Г. И. Веретник, Д. А. Максимкин, Ж. Б. Дандарова, М. А. Чиников. – М.: РУДН, 2013. – 292 с: ил.
4	При выполнении эндартерэктомии основная проблема это: А. сужение артерии Б. гемостаз после эндартерэктомии В. фиксация дистальной интимы Г. расширение артерии Д. все перечисленное	В	Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М.: МИА, 2011.
5	К признакам неадекватного анастомоза после включение кровотока относится: А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее В. ишемия конечности или органа	Б	Операции на сосудах: учебное пособие / под ред. Р. Е. Калинина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 120 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
6	В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет: А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы В. нарушение функции коммуникативных вен Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях Д. все перечисленное	Д	Сосудистая хирургия. В.С. Савельева Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Затевахина И.И., А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
7	Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:	Д	80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов

	А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями В. удаление малой подкожной вены при ее поражении Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен Д. всего перечисленного		М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С ; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008. - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
8	Синдром Педжета-Шреттера это: А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей Д. данный синдром не относится к венозной патологии	А	Ю. Шевченко – Клиническая флебология (2016)
9	При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является: А. протезирование артерии Б. шунтирование артерии В. эндартерэктомия Г. тромбозэмболектomia Д. все перечисленное	Г	80 лекций по хирургии Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С ; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008. - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
10	Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются: А. агональное состояние больного Б. тотальная ишемическая контрактура В. ишемия IIIA степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии Г. все перечисленное Д. только А и Б	Д	Файбушевич, А. Г. Ф17 Сердечно-сосудистая хирургия в вопросах и ответах: учеб. пособ. [Текст] / А. Г. Файбушевич, В. Ю. Баранович, Г. И. Веретник, Д. А. Максимкин, Ж. Б. Дандарова, М. А. Чиников. – М.: РУДН, 2013. – 292 с: ил.
11	В чём заключается профилактика тромбозэмболических осложнений операции у больных с высоким риском после перенесённой операции? Она включает, кроме: а) антикоагулянтов б) дезагрегантов в) лечебной физкультуры	Г	Хирургические болезни [Текст]: [учеб. для вузов]: в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-

	г) длительного постельного режима д) компрессионной терапии нижних конечностей		Медиа, 2009.
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Если вы выставили диагноз облитерирующий тромбангиит, то с какими заболеваниями необходимо проводить дифференцированный диагноз? А - болезнь Рейно; Б - ревматизм; В - диабетическая макроангиопатия нижних конечностей; Г - ревматоидный артрит; Д - неспецифический аортоартериит.	А, Д	Заболевания аорты и ее ветвей — книга автора Покровский А.В., 324 с., 9 л. ил. (1979)
2.	В сосудистой хирургии при наложении анастомоза для гемостаза используется: А. адаптация интимы к интима Б. гемостатическая губка В. дополнительные швы Г. обвивной шов	А, Б, В, Г	Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М.: МИА, 2011.
3	Синдром Педжета-Шреттера заключается и проявляется А. во врожденных множественных артериовенозных фистулах Б. в некрозах мышечной оболочки аорты В. в тромбозе подключичной вены Г. в одновременной висцеральной и парietальной эмболии Д. расширением подкожных вен в/к, отеке в/к	В, Д	Ю. Шевченко – Клиническая флебология (2016)
4	К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся: А. замедления тока крови в венах Б. нарушения целостности внутренней выстилки вен варикозного расширения вен В. повышения фибринолитической активности крови Д мерцательной аритмии	А, Б, Д	Болезни магистральных вен — книга автора Савельев В. С., 440 с., 5 л. ил. (1972).
5	Тромбообразованию после полостных операций способствует: А. повышенная фибринолитическая активность Б. ожирение В. гиподинамии Г. онкологических заболеваний	Б, В, Г	Клинические рекомендации – Флебит и тромбофлебит поверхностных сосудов – 2021-2022-2023 (21.09.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	У больного по ходу большой подкожной вены появилась сильная боль, гиперемия, повысилась локальная температура, вена пальпируется в виде болезненного шнура. При осмотре вена утолщена, в некоторых местах она пальпируется в виде четок, имеется инфильтрация тканей вокруг вены, болезненна. На стопе и голени отеков нет. Участок наивысшего места покраснения находится в нижней трети бедра и в течении 3-4 дней распространения вверх нет. Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Ваша тактика?	- С рожистым воспалением. - консервативная терапия, динамическое наблюдение.	Сосудистая хирургия. В.С. Савельева Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Затевахиной И.И., А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
2.	У 57 летнего больного после ходьбы через каждые 50 метров начали в правой икроножной мышце появляться боли. Ноги стали замерзать даже летом, а при длительном стоянии начал чувствовать в них усталость. При осмотре: правая стопа и правая голень по сравнению с левой бледноваты, холоднее на ощупь. Пульсация на правой ноге определяется лишь на бедренной артерии, пульсация при этом ослаблена, а при аускультации выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз? Какие инструментальные методы необходимо провести? Ваша лечебная тактика?	- облитерирующий атеросклероз нижних конечностей, ХАН н/к 2б - УЗДС артерий н/к - оперативное лечение	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru. Удаленный доступ
3	Больной 55 лет жалуется на боли в левой икроножной мышце, возникающие при ходьбе на расстояние 50 м. Давность заболевания - около 1 года. Объективно: левая стопа холоднее правой. Пульсация на общих бедренных артериях отчетливая, на подколенной артерии слева отсутствует, справа отчетливая. На артериях стопы слева пульсация не определяется. -Диагноз? -Инструментальные методы исследования? -Консервативная терапия? -Лечебная тактика? -Прогноз?	1. Атеросклероз, окклюзия поверхностной бедренной артерии слева, ишемия стадии ПБ по Фонтейну-Покровскому. 2. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности. 3. Лечение атеросклероза по стандарту, дезагреганты – пожизненно. 4. При состоятельности дистального русла - реконструктивная операция - бедренно-подколенное шунтирование. 5. Прогноз благоприятный.	Руководство по с Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. Ю.В. Белов /Москва, 2009 хирургии с атласом оперативной техники.
4	Больной 34 лет жалуется на боли в обеих икроножных мышцах, в 1 пальце стопы. Давность заболевания - 4 месяца. Объективно: мраморная окраска голени,	1. Облитерирующий тромбангиит IV стадии. В дальнейшем - диспансерное наблюдение.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук. : в 3

	дистальные отделы стопы - синюшно-багровые. На первом пальце - участок некроза размерами 2х3 см. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенной артерии - ослаблен. -Диагноз? -Инструментальные методы исследования? -Консервативная терапия? -Хирургическая тактика? -Прогноз?	1. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности. 2. Противовоспалительная терапия, дезагреганты 3. Поясничная симпатэктомия, экзартикуляция 1 пальца, консервативная терапия. Прогноз неблагоприятный	т. Т. 3 / [Е. В. Кижасев и др.]; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР Медиа, 2010. – 1002 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp. Удаленный доступ
5	Больной 57 лет жалуется на боли в обеих нижних конечностях при ходьбе на расстояние до 1000 м, болеет 4 года. На общих бедренных артериях слабый систолический шум, пульсация - на всех уровнях отчетливая. На УЗДГ плечелодыжечный индекс слева 0,87, справа 0, 81. -Диагноз? -Инструментальные методы исследования? -Консервативная терапия? -Хирургическая тактика? -Прогноз?	1. Атеросклероз, синдром Лериша, ишемия ст. 1 по Фонтейну - Покровскому. 2. УЗДГ, определение плечелодыжечного индекса. 3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно. 4. Оперативное лечение не показано. Консервативная терапия, диспансерное наблюдение. 5. Прогноз благоприятный	Фармакотерапия хронических сердечно-сосудистых заболеваний. Руководство под ред. Академика РАМН Л.И. Ольбинской, 2006 – 384с.
6	У пациента 68 лет, длительно находившегося на постельном режиме после сложной реконструктивной операции на желудочно-кишечном тракте, страдающего в течение многих лет ишемической болезнью сердца, внезапно появилась пароксизмальная одышка более 30 дыхательных движений в минуту, давящие боли в груди, головокружение. <u>Объективно</u>: снижение артериального давления. Метод диагностики: 1. Наиболее вероятным диагнозом при описанной клинике может быть: тромбоэмболия легочных артерий; 2. Укажите наиболее полный перечень симптомов, позволивших Вам поставить диагноз: пароксизмальная одышка, боли в груди, головокружение и снижение артериального давления у пожилого человека, длительно находившегося в постели после тяжелой операции на органах брюшной полости; 3. Появление описанного осложнения обусловлено:	1. тромбозом глубоких вен нижних конечностей; 4. «Золотым стандартом» в диагностике массивной ТЭЛА является ангиопульмография; 5. Определите тактику лечения больного: консервативная терапия: управляемое дыхание, обезболивание, тромболитические и антикоагулянтные средства, сердечные гликозиды, глюкокортикоиды, антиагреганты. При неэффективности ее в течение 30 минут экстренная эмболектомия из ЛА – эндоваскулярное вмешательство или операция в условиях ИК, имплантация кава-фильтра;	Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс]: учебное пособие / [И. Г. Никитин, Е. В. Резник, О. А. Эттингер и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019.
7	Больной 54 лет поступил с жалобами на головные боли, шум в ушах, периодически возникают кратковременное онемение и слабость в правой руке и ноге. Болеет в течение года. <u>Объективно</u>: отмечается умеренная артериальная гипертензия (150/90 мм.рт.ст.),	1. левая общая сонная артерия; 2. -ультразвуковая доплерография 3. каротидная ангиография;	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.]: Т. 2 / под ред. Э.

	пульсация магистральных артерий сохранена, в области шеи слева, за углом н/челюсти выслушивается систолический шум. Грубой неврологической симптоматики при первичном осмотре не выявлено. 1. Назовите артериальный сосуд вовлеченный в патологический процесс: 2. Неинвазивный метод диагностики: наиболее информативный в этом случае. 3. Инвазивный метод диагностики наиболее информативен в этом случае: 4 Назовите оперативное вмешательство, показанное больному:	4. каротидная эндартерэктомия с возможной пластикой левых сонных артерий.	Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 644 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru. Удаленный доступ
8	В отделение сосудистой хирургии поступил больной 75 лет по срочной помощи страдающий постинфарктной аневризмой сердца, стенокардией покоя, ангиохирург установил 24-часовую ишемию левой ноги, возникшую остро на фоне удовлетворительного общего состояния. <u>Объективно:</u> полная обездвиженность конечности, отсутствие как активных, так и пассивных движений в пальцах стопы, голеностопном и коленном суставах, мраморная пятнистая окраска кожных покровов, конечность холодная на ощупь, пальпация икроножных мышц резко болезненна. Пульсация определяется только на бедренной артерии в паховой области. Состояние больного расценивается как очень тяжелое, наблюдается прогрессирующее снижение диуреза. 1. Патологический процесс, возникший у больного. 2. Хирург, создавший классификацию острой ишемии нижних конечностей. 3. Манипуляция 4. Вид лечения показанный больному в представленной задаче	1. эмболия бедренной артерии с продолженным дистальным тромбозом артериального русла 2. Савельев 3. тромбэктомия катетером Фогарти из общей бедренной артерии 4. - срочная ампутация конечности на уровне верхнесредней трети бедра	Сосудистая хирургия. В.С. Савельева Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Затевахиной И.И., А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 464 с.: ил. (ЭБС Консультант студента)
9	Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38,0С. При осмотре состояния больного тяжелое, пульс 100-110 ударов в минуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на	а) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека; б) острая стадия болезни Бюргера (тромбангиит в сочетании с флебитом); *в) острый подвздошной-бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности; г) белая флегмазия; д) краш- синдром.	80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С., Алексеев М. С ; под общей ред. С.В. Савельева. - М. : Литтерра, 2008. - 912 с. - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/

	правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина:		
10			

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Источник
1	Задача. Больная, 18 лет, в послеродовом периоде перенесла острый левосторонний илеофemorальный флеботромбоз. За помощью обратилась через год. Специального лечения в течение года не проводила. Предъявляет жалобы на резкое увеличение в объеме левой нижней конечности и боли в ней. Отечность конечности за время ночного отдыха практически не проходит. Разница диаметров нижних конечностей на бедре - 8 см, на голени - 6 см. К вечеру появляются боли распирающего характера в левой нижней конечности. Какие причины привели к развитию данного состояния? Какой клинический диагноз у больной?	Сосудистая хирургия В. С. Савельева: национальное руководство. Краткое издание / под ред. И. И. Затевакина, А. И. Кириенко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 608 с.
2	Задача. На поликлинический прием к хирургу обратилась больная, 47 лет, у которой после гинекологической операции на органах малого таза развился острый илеофemorальный тромбоз слева. Стационарное лечение в послеоперационном периоде привело практически к полной ликвидации клинических проявлений заболевания. Однако, спустя 3 месяца у больной вновь появилась отечность левой голени. Возникли распирающие боли в конечности к вечеру. Чем обусловлены подобные жалобы? Каковы должны быть рекомендации хирурга, ведущего прием?	Ю. Шевченко – Клиническая флебология (2016)
3	Задача. У пациента, 44 лет, в области гиперпигментации по медиальной поверхности левой голени сформировалась трофическая язва, толерантная к консервативному лечению. Из анамнеза известно, что 1,5 года назад у пациента был перелом обеих костей левой голени.	Файбушевич, А. Г. Ф17 Сердечно-сосудистая хирургия в вопросах и ответах: учеб. пособ. [Текст] / А. Г. Файбушевич, В. Ю. Баранович, Г. И. Веретник, Д. А. Максимкин,

	Возникший симптомокомплекс был купирован консервативными мероприятиями. Какие методы исследования следует применить для уточнения характера заболевания? Каков механизм развития трофической язвы?	
4	Задача. У больного, 64 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастррии слева от срединной линии размером 10 x 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее. Какое заболевание следует заподозрить? Какова тактика лечения больного?	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru. Удаленный доступ
5	Задача. У больного, 63 лет, 10 час назад внезапно появились резкие боли в животе с иррадиацией в спину, слабость, головокружение. Общее состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрытые холодным липким потом. Пульс -120 уд. в мин, ритмичный. АД – 90/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в мезогастррии больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 15 x 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее. Симптомов раздражения брюшины нет. В общем клиническом анализе крови: гемоглобин 72 г/л, эритроциты 2,2x10¹²/л. Какой Вы поставите диагноз? Как его можно подтвердить. Как лечить больного?	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс]: [руководство: в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru. Удаленный доступ

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине
31.08.66 Травматология и ортопедия для обучающихся 2024, 2025 годов поступ-
ления по образовательной программе 31.08.67 Хирургия**

на 2025-2026 учебный год

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРО-
ГРАММЫ**

(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

Коды ком- петенций	Название компе- тенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
УК-1	готовность к аб- страктному мыш- лению, анализу, синтезу	1 - основные поня- тия, используемые в травматологии и ортопедии; 2 – структурно- функциональные особенности опор- но-двигательной системы человека; 3 - основные прин- ципы функциони- рования опорно- двигательной си- стемы, ее взаимо- связь с другими органами и систе- мами; 4 - научные идеи и тенденции развития травматологии и ортопедии	1 -критически оце- нивать поступаю- щую информацию вне зависимости от ее источника; 2 - избегать автома- тического примене- ния стандартных приемов при реше- нии профессиональ- ных задач; 3 - управлять инфор- мацией (поиск, ин- терпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных ис- точников; 4 - использовать си- стемный комплекс- ный подход при по- становке диагноза и назначении необхо- димого лечения.	1- навыками сбора, обработки, крити- ческого анализа и систематизации профессиональной информации; 2 - навыками выбо- ра методов и средств решения профессиональных задач; 3 - навыками управления инфор- мацией (поиск, ин- терпретация, ана- лиз информации, в т.ч. из множествен- ных источников; 4 - владеть компь- ютерной техникой, получать информа- цию из различных источников, работать с инфор- мацией в глобаль- ных компьютерных сетях.

ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний и травм, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- 1 структурно-функциональные механизмы обеспечения жизнедеятельности человека ; 2 - барьеры внешней и внутренней среды организма ; 3 - физиологические механизмы поддержания гомеостатического состояния ; 4 - нелекарственные и лекарственные методы воздействия на организм больного	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам первично и вторичной профилактики травм и заболеваний ОДС; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния ОДС пациента.	1 -обосновывать выбор профилактических мероприятий бытового, производственного травматизма; 2 - владеть методиками применения консервативных и оперативных методов лечения травм и заболеваний ОДС..
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы травм и основных заболеваний ОДС системы человека; 2 - виды и показания к консервативным методам лечения.	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения; 2 - проводить беседы с пациентами по вопросам профилактики травм и заболеваний ОДС; 3 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния ОДС.	1 - обосновывать с позиций травматологии и ортопедии выбор профилактических мероприятий и использование лекарственных препаратов; 2 - владеть методиками применения консервативных и оперативных методов лечения травм и заболеваний ОДС.

ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - возрастные особенности ОДС, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных травм и заболеваний человека; 2 - методы оценки ОДС человека, показания и принципы его оценки; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных травм и заболеваний ОДС системы человека; 4 - виды и показания к консервативному и оперативному лечению травм и заболеваний ОДС.	1 - интерпретировать результаты оценки ОДС; 2 - обосновать необходимость адекватного клинικο-рентгенологического и других видов обследования; 3 - обосновать необходимость применения тех или иных консервативных и оперативных методов лечения, и возможных осложнений при этом.	1- дифференциальной диагностикой основных ортопедических заболеваний и травм; 2 - методикой сбора анамнеза, в том числе у детей; 3 - способностью определить «группу риска» ортопедических заболеваний на основе клинических признаков 4 - анализом развития процессов в патогенезе развития и течения травм и ортопедических заболеваний человека; 5 - алгоритмом постановки предварительного диагноза
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и ортопедическими заболеваниями.	1 - возрастные особенности травм и заболеваний ОДС; 2 - общие закономерности патогенеза наиболее распространенных травм и заболеваний человека; 3 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы травм и заболеваний ОДС; 4 - виды и показания к консервативному и оперативному лечению;	1 -обосновать необходимость применения тех или иных методов консервативного и оперативного лечения и возможных осложнений при нарушении рекомендаций; 2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом состояния пациента 3 - оказать неотложную помощь больным с травмами и заболеваниями в острой стадии 4 - применять основные методы в комплексном лечении	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с травмами и заболеваниями ОДС в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями.

		5- методы профилактики осложнений при травмах ОДС.	пациентов с травмами и заболеваниями ОДС.	
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1- определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях форм заболеваний ОДС; 2 - применять различные методы лечения и реабилитации у пациентов с различными видами травм и заболеваний ОДС,	1 - владеть методикой комплексного подхода к лечению больных с травмами и заболеваниями ОДС; 2 - алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях травм и заболеваний ОДС.

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.

Основная литература:

Травматология. Национальное руководство[Электронный ресурс] / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 528 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442210.html>

Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] / Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Шапиро К.И., Корнилов Н.Н., Осташко В.И., Редько К.Г., Ломая М.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 592 с.: ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430859.html>¹

Травматология и ортопедия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Травматология и ортопедия" / Н. В. Корнилов [и др.]; под ред. Н. В.Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 586, [1] с.

Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Котельникова Г.П., Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Серия "Национальные руководства"

Котельников Г. П. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : учебник / Котельников Г. П., Миронов С. П. , Мирошниченко В. Ф. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2009 . - 400 с. : ил. . - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Травматология [Электронный ресурс] / под ред. Миронова С.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник [Электронный ресурс] / сост. А. И. Муртазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Военно-полевая хирургия [Электронный ресурс] : рук. к практ. занятиям : учеб. пособие / М. В. Лысенко [и др.] ; под ред. М. В. Лысенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. . – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Электронный ресурс] : рук. для врачей / под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Восстановительная медицина [Электронный ресурс] : учебник / Епифанов В.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 304 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426371.html>

Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Александров В.В., Алгазин А.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433348.html>

Александров В. В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Текст] : [учеб. Пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / В. В. Александров, А. И. Алгазин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 132, [12] с. - (Библиотека врача-специалиста. Физиотерапия. Реабилитация).

Лечебная физическая культура и массаж[Электронный ресурс] : учебник / В. А. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437575.html>

Основы реабилитологии [Электронный ресурс]: Учебное пособие / Ибатов А.Д., Пушкина С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -160 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>

Реабилитация в травматологии и ортопедии [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434451.html>

Травматология челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] / Афанасьев В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. Серия "Библиотека врача-специалиста"

Эндопротезирование коленного сустава с использованием операционного робота : учебное пособие / А. В. Лычагин, А. А. Грицюк, А. В. Гаркави [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 120 с. - ISBN 978-5-9704-9054-9, DOI: 10.33029/9704-9054-9-END-2025-1-120.

Тактика врача-травматолога : практическое руководство / под ред. А. В. Лычагина, А. А. Грицюка. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-8336-7, DOI: 10.33029/9704-8336-7-TRA-2024-1-304.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы: Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://elibrary.ru	Свободный доступ
http://www.scopus.com	Свободный доступ
http://www.studentlibrary.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

Задания открытого типа ПК1.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задача. (Травма конечности, шок, диагностика) Ситуация: На место ДТП (столкновение легкового автомобиля с деревом) выезжает бригада скорой помощи. Водитель, мужчина 35 лет, находится в салоне. Предварительный осмотр: в сознании, контактен, жалуется на резкую боль в правом бедре и грудной клет-	Ответ: Предварительный диагноз: закрытый оскольчатый перелом правой бедренной кости в средней трети. Закрытая травма грудной клетки с переломом 5-7 рёбер справа. Травматический шок I-II степени. Обоснование: механизм травмы (ДТП), локальные признаки пе-	Котельников Г.П., Миронов С.М. Травматология и ортопедия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Главы по политравме, травматическому шоку, переломам бедра). Клинические рекомендации "Травматический шок" (Ассоциация травматологов-ортопедов Рос-

	ке справа. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 112 уд/мин, слабого наполнения, АД 95/60 мм рт. ст. Дыхание учащено до 24 в мин. Правое бедро деформировано, укорочено, с обширной гематомой в средней трети. В области правых 5-7 рёбер сзади — ссадины и локальная болезненность при пальпации. Вопросы: 1. Умение: Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Знание: Опишите патогенез развития нарушения жизненных функций у данного пострадавшего. 3. Владение: Составьте алгоритм неотложных мероприятий на месте происшествия и при транспортировке. 4. Умение: Какие методы инструментальной диагностики являются первоочередными при поступлении в стационар и почему?	релома бедра (деформация, укорочение, боль), признаки шока (тахикардия, гипотония, бледность, холодный пот). 1.Патогенез:массивное кровотечение в мягкие ткани бедра (потеря может достигать 1.5-2 л) и болевая импульсация приводят к гиповолемии (уменьшению объема циркулирующей крови) и мощной афферентной импульсации. Это вызывает централизацию кровообращения, спазм периферических сосудов, нарушение микроциркуляции и тканевой перфузии, что клинически проявляется как шок. 2.Алгоритм на месте: Оценка ABCDE (проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение, неврологический статус, экспозиция/согревание). Обезболивание (наркотические/ненаркотические анальгетики в/в). Иммобилизация перелома шиной Дитерихса или пневматической шиной. Инфузия кристаллоидных растворов (в/в струйно, затем капельно). Щадящая транспортировка на носилках в положении лежа на спине. Первоочередная диагностика в стационаре: Рентгенография правого бедра в 2-х проекциях – для подтверждения и уточнения характера перелома. Рентгенография органов грудной клетки – для оценки состояния рёбер, лёгких (исключение пневмо-/гемоторакса). УЗИ брюшной полости и забрюшинного про-	сии, 2021).
--	--	---	--------------------

		странства (по FAST-протоколу) – для исключения сочетанной травмы и скрытого кровотечения. Общий анализ крови – для оценки степени кровопотери (гематокрит, гемоглобин).	
2.	Задача. (Повреждение связок, дифференциальная диагностика, профилактика) Ситуация: В травмпункт обратилась молодая женщина 28 лет. Получила травму 2 часа назад при подворачивании ноги на высоком каблуке. Жалуется на боль в области левого голеностопного сустава, усиливающуюся при ходьбе. При осмотре: ходит с опорой на палку, сустав не деформирован, но отмечается умеренный отёк и локальная болезненность при пальпации в проекции передней таранно-малоберцовой и пяточно-малоберцовой связок. Движения в суставе возможны, но ограничены из-за боли. Осевая нагрузка на стопу возможна, но болезненна. Вопросы: 1. Умение: какой предварительный диагноз наиболее вероятен? Какие исследования необходимы для его подтверждения? 2. Знание: с какими другими повреждениями необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае? 3. Владение: составьте план консервативного лечения и разъясните его пациентке. 4. Владение: какие рекомендации по профилактике повторных подобных травм вы дадите?	Ответ: 1.Предварительный диагноз: растяжение (частичный разрыв) связок левого голеностопного сустава. Для подтверждения и исключения перелома необходима рентгенография голеностопного сустава в 2-х проекциях (по правилу Ottawa для исключения перелома лодыжек). При подозрении на полный разрыв связок – УЗИ или МРТ сустава. 1. Дифференциальная диагностика: Перелом лодыжек (без смещения). Перелом таранной кости. Перелом V плюсневой кости (перелом Джонса). Подвывих голеностопного сустава. 2. План лечения (протокол RICE): R (Rest) – Покой, ограничение нагрузки (костыли на 3-5 дней). I (Ice) – Холод местно на 15-20 минут каждые 2-3 часа в первые 2-3 дня. C (Compression) – Компрессия (эластичное бинтование или ортез на голеностопный сустав для уменьшения отёка). E (Elevation) – Возвышенное положение конечности. Объяснение пациентке: Необходимо соблюдать режим разгрузки, чтобы дать связкам за-	Черкашина З.А., Орлов С.В. Повреждения голеностопного сустава. Диагностика и лечение. — М.: Бинном, 2019. Клинические рекомендации "Повреждения связок голеностопного сустава" (Российская ассоциация травматологов-ортопедов).

		жить. Холод и возвышенное положение уменьшат отек и боль. Ортез стабилизирует сустав и предотвратит дальнейшее повреждение. 3. Профилактика: Ношение обуви на устойчивом каблуке. Выполнение упражнений для укрепления мышц голени и проприоцепции (тренировка баланса на одной ноге, использование балансирующих платформ). Использование стабилизирующего ортеза или тейпирование при высоких нагрузках (спорт, длительная ходьба).	
3.	Задача 3 (Открытый перелом, ПХО, профилактика инфекции) Ситуация: На строительную площадку прибыла скорая помощь. Пострадавший 40 лет упал с высоты 2 метров, получил удар металлической балкой по левой голени. Жалобы на боль, кровотечение и неестественное положение голени. Объективно: в средней трети левой голени – зияющая рана длиной около 5 см, из которой видны костные отломки. Кровотечение смешанное, умеренное. Стопа бледная, холодная на ощупь. Пульсация на а. <i>dorsalis pedis</i> ослаблена. Общее состояние средней тяжести. Вопросы: 1. Умение: Поставьте диагноз согласно классификации. Какие угрозы для конечности вы видите? 2. Знание: Опишите алгоритм оказания первой помощи и этапной хирургической обработки данной раны в стационаре. 3. Владение: Какие мероприятия направлены на профилактику	Ответ: 1.Диагноз: Открытый перелом костей левой голени типа IIIA или IIIB по Густило-Андерсену (в зависимости от степени повреждения мягких тканей). Угрозы: риск массивного кровотечения, повреждение сосудисто-нервного пучка (признак – ослабленная пульсация, бледность и похолодание стопы, что может указывать на ишемию), высокий риск инфекционных осложнений (газовая гангрена, столбняк, остеомиелит). Алгоритм: Первая помощь: остановка кровотечения (давящая асептическая повязка на рану). Наложение стерильной повязки. Иммобилизация (лестничные шины от стопы до верхней трети бедра). Обезболивание. Не вправлять отломки! В стационаре (ПХО): экстренная операция. Этапы: туалет раны, ис-	Миронов С.П., Котельников Г.П., Окорочков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2021. Клинические рекомендации "Открытые переломы длинных трубчатых костей" (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020).

	гнойных осложнений (остеомиелита) в данном случае? 4. Умение: Обоснуйте необходимость экстренной госпитализации и хирургического вмешательства.	сечение нежизнеспособных тканей, промывание антисептиками, репозиция отломков, стабильный остеосинтез (чаще аппаратом внешней фиксации) или наложение гипсовой повязки. При признаках повреждения сосудов – консультация сосудистого хирурга. Профилактика инфекции: Антибиотикопрофилактика широкого спектра действия в первые часы после травмы (цефалоспорины 2-3 поколения + аминогликозиды). Экстренная профилактика столбняка (АС-анатоксин, ПСЧИ – противостолбнячная человеческая иммуноглобулиновая сыворотка). Адекватная и радикальная первичная хирургическая обработка раны. Дренирование раны. Обоснование экстренности: открытый перелом является абсолютным показанием к экстренной операции (ПХО) в первые 6-8 часов после травмы ("золотой период"), так как после этого времени риск гнойных осложнений резко возрастает. Наличие признаков ишемии конечности является показанием к экстренному вмешательству в течение 4-6 часов для восстановления кровоснабжения и спасения конечности.	
4.	Задача.(Повреждение плечевого пояса. Тактика на догоспитальном этапе и диагностика) Ситуация: Мужчина 50 лет поскользнулся на льду и упал, ударившись правым плечом и упершись вытянутой рукой	Ответ: Подозрение: Вывих правой плечевой кости (передний вывих, встречается в >90% случаев). Характерные признаки: Вынужденное положение	Травматология и ортопедия: учебник / под ред. Н.В. Корнилова. — 4-е изд. — СПб.: Гиппократ, 2021. (Глава по повреждениям плечевого сустава).

	в землю. На месте происшествия врач скорой помощи констатирует: пациент левой рукой придерживает правую, приведенную к туловищу и согнутую в локтевом суставе. Правое плечо выглядит "запавшим" по наружной поверхности, контур акромиона неестественно выступает под кожей. Все движения в плечевом суставе резко ограничены и болезненны. Активные движения практически невозможны. Пальпация области плечевого сустава резко болезненна. Вопросы: Умение: Какой вид травмы плечевого пояса можно заподозрить? Назовите характерные клинические признаки, которые позволили вам это предположить. Владение: Составьте алгоритм действий врача скорой помощи на месте происшествия (догоспитальный этап). Знание: Какое основное инструментальное исследование необходимо выполнить в травмпункте для подтверждения диагноза и почему? С какими повреждениями необходимо провести дифференциальную диагностику? Умение: Объясните пациенту суть его травмы и цель иммобилизации.	конечности: отведена и согнута в локте, поддерживается здоровой рукой. Симптом «пружинящей фиксации»: при попытке пассивного движения ощущается пружинящее сопротивление. Симптом «косого плеча»: опущение плеча на стороне вывиха. Изменение контура сустава: сглаженность дельтовидной мышцы, акромион резко выступает, под ним пальпируется «пустота» (головка плеча смещена кпереди и книзу). Алгоритм на месте: Оценить общее состояние, исключить сопутствующие повреждения (например, перелом ребер). Обезболить (в/м или в/в анальгетики, возможно, кеторолак). Провести транспортную иммобилизацию: подвесить руку на косыночную повязку, при возможности дополнительно прибинтовать руку к туловищу (повязка Дезо или Вельпо). Не вправлять вывих на месте! (Исключение – крайняя отдаленность стационара, но это сопряжено с высоким риском осложнений). Транспортировать в травмпункт или стационар в положении сидя. Инструментальная диа-	Клинические рекомендации «Вывихи плечевой кости» (Общероссийская общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов России», 2020).
--	---	--	--

		гностика: Рентгенография правого плечевого сустава в двух проекциях (передне-задней и аксиальной, «угловой»). Это «золотой стандарт» для подтверждения вывиха, исключения сопутствующих переломов (шейки плеча, большого бугорка, края суставной впадины – повреждение Банкарта) и определения типа вывиха. Дифференциальный диагноз: перелом хирургической шейки или головки плечевой кости, ушиб сустава, повреждение ротаторной манжеты. Объяснение пациенту: «Вы получили вывих плеча – головка кости вышла из суставной впадины. Это повреждает капсулу сустава и связки. Сейчас главное – обездвижить руку, чтобы не травмировать ткани еще больше по дороге в больницу, где вывих аккуратно вправят под обезболиванием. После этого потребуются повторная иммобилизация для заживления».	
5.	Задача. (Черепно-мозговая травма. Оценка тяжести, тактика наблюдения) Ситуация: Подросток 16 лет доставлен в приемное отделение после удара головой во время игры в футбол. На момент осмотра: в сознании, на вопросы отвечает правильно, но вяло, оглушен. Жалуется на сильную головную боль и тошноту. Со слов сопровождающих, после удара был кратковременная потеря сознания (около 1 минуты). Однократная рвота. Объективно: АД 130/80 мм рт. ст.,	Ответ: Диагноз: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга ушиб головного мозга легкой степени. Оценка по Шкале Глазго (GCS): открывание глаз (E) – 4 (спонтанное), речевая реакция (V) – 4 (спутанная речь), двигательная реакция (M) – 6 (выполняет команды). Итого: 14 баллов. Это указывает на травму средней тяжести (при сотрясении обычно 14-15,	Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1. — М.: Антидор, 2022. Клинические рекомендации «Черепно-мозговая травма» (Ассоциация нейрохирургов России, 2021).

	пульс 64 уд/мин. В области правой теменной области — болезненная припухлость (гематома). Очаговой неврологической симптоматики нет. Вопросы: Умение: Поставьте предварительный диагноз. Оцените тяжесть состояния по шкале Глазго (GCS). Знание: Опишите патогенез основных клинических симптомов (головная боль, тошнота, рвота, оглушение) при данном виде травмы. Владение: Составьте план необходимого обследования и обоснуйте его. Нужна ли экстренная КТ? Владение: Каковы основные принципы динамического наблюдения за таким пациентом? На какие «красные флаги» (признаки ухудшения) необходимо ориентироваться медперсоналу?	при ушибе легкой ст. – 13-15). Патогенез: удар приводит к нарушению функции ретикулярной формации и коры головного мозга, что вызывает нарушение сознания (оглушение). Нарушение ликвородинамики, кровообращения на микроуровне и отек мозга раздражают рвотный центр и оболочки мозга, вызывая головную боль, тошноту и рвоту. План обследования: Осмотр невролога для детальной оценки статуса. Рентгенография черепа в 2-х проекциях – для исключения переломов костей черепа. КТ головного мозга – показана в данном случае из-за наличия факторов риска: потеря сознания в анамнезе, рвота, оглушение (GCS<15). КТ исключит ушиб мозга, эпидуральную или субдуральную гематому. Наблюдение в условиях стационара не менее 24 часов. Принципы наблюдения и «красные флаги»: необходимо контролировать витальные функции и неврологический статус каждые 2-4 часа. Ухудшение уровня сознания нарастание оглушения, сопор, кома). Нарастание головной боли. Повторная или многократная рвота. Появление очаговой неврологической симптоматики (анизокория – разный размер зрачков, слабость в конечностях, асимметрия лица). Появление судорог. Изменение жизненных	
--	--	---	--

		показателей: нарастание АД и урежение пульса (симптомы внутричерепной гипертензии).	
--	--	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Травматический шок: патогенез, клиническая картина в зависимости от стадии, алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе и в условиях стационара.	Травматология и ортопедия: учебник / под ред. Н.В. Корнилова. — 4-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Гиппократ, 2021.
2.	Классификация открытых переломов по Густило-Андерсену. Тактика лечения, принципы и этапы первичной хирургической обработки раны. Меры профилактики раневой инфекции и остеомиелита.	Котельников Г.П., Миронов С.М. Травматология и ортопедия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.
3.	Синдром длительного сдавления (краш-синдром). Патогенез системных нарушений. Клиника и лечебная тактика на этапах медицинской эвакуации.	Миронов С.П., Котельников Г.П., Околоков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.
4.	Огнестрельные переломы. Особенности биомеханики, морфологии и течения. Принципы хирургического лечения и особенности профилактики осложнений.	Миронов С.П., Котельников Г.П., Околоков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. -М.: Медицина, 2021.
5.	Вывихи плеча. Классификация. Клиническая и рентгенологическая диагностика переднего вывиха. Методы вправления (Кохера, Гиппократа-Купера). Тактика ведения после вправления.	Котельников Г.П., Миронов С.М. Травматология и ортопедия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

6.	Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости («переломы в типичном месте»). Классификация (Коллеса, Смита). Тактика лечения в зависимости от вида смещения отломков. Возможные осложнения.	Атлас переломов и их лечение / под ред. Э. Дж. Эгол, К. А. Эгофф, О. С. Леман. -Пер. с англ. -М.: МЕДпресс-информ, 2020.
7.	Переломы шейки бедренной кости. Классификация(Garden). Особенности кровоснабжения и риск аваскулярного некроза головки бедра. Современные методы оперативного лечения (остеосинтез, эндопротезирование) у пациентов разного возраста.	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. -М.: Медицина, 2021.
8.	Чрезвертельные переломы бедренной кости. Биомеханика, классификация. Тактика лечения. Виды металлоостеосинтеза (DFS, DHS, интрамедуллярный остеосинтез).	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.
9.	Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава. Механизм травмы. Клинические тесты (Лахман, «передний выдвижной ящик», Pivot-shift). Диагностика (МРТ). Показания к оперативному лечению и виды пластики ПКС.	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.
10.	Классификация переломов позвоночника по механизму травмы (по Денису, AO Spine). Понятие о стабильных и нестабильных переломах. Тактика ведения и принципы хирургической стабилизации.	Клинические рекомендации (протоколы лечения) Общероссийской общественной организации «Ассоциация травматологов-ортопедов России» (АТОР) и «Ассоциации нейрохирургов России» по различным нозологиям (актуальные версии, обычно 2020-2023 гг.)

11.	Тактика ведения пациентов с неосложненными компрессионными переломами грудных и поясничных позвонков. Консервативное лечение и современные методы вертебропластики/кифопластики.	Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1. - М.: Антидор, 2022.
12.	Переломы костей таза. Классификация (по Tile, Young-Burgess). Тактика при нестабильных переломах таза, включая методы временной и окончательной стабилизации (тазовый бандаж, аппарат внешней фиксации).	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.
13.	Псевдоартроз (ложный сустав). Этиология, патогенез, классификация. Современные методы хирургического лечения (костная пластика, компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову).	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.
14.	Принципы медицинской реабилитации в травматологии. Этапы и цели реабилитации после переломов длинных трубчатых костей. Методы восстановления функции суставов и мышечной силы.	Миронов С.П., Котельников Г.П., Око-роков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2021.

Практический навыки

№	Содержание задания	Источник
1.	Задание. Наложение транспортной иммобилизации при переломе бедра Цель: Отработать навык надежной фиксации конечности для предотвращения дополнительной травматизации, кровотечения и развития шока во время транспортировки. Оснащение: Шина Дитерихса (или ее имитация из подручных средств), бинты, ватно-марлевые прокладки. Задача: Действие. Проведите психологическую подготовку пациента	Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Раздел «Транспортная иммобилизация»).

	(условного), объясните цель и ход предстоящей манипуляции. Действие. Проведите иммобилизацию правой нижней конечности при переломе средней трети бедра с помощью шины Дитерихса. Действие. Продемонстрируйте правильное наложение и фиксацию всех элементов шины. Объяснение: ответьте на вопросы: Почему при переломе бедра необходимо иммобилизовать три сустава? Какие осложнения могут возникнуть при неправильном наложении шины? Какова профилактика развития травматического шока на догоспитальном этапе при данной травме?	
2.	Задание. Наложение гипсовой лонгетной повязки при переломе костей предплечья Цель: Отработать навык наложения гипсовой лонгеты для консервативного лечения стабильного перелома. Оснащение: Гипсовый бинт, вода комнатной температуры, ножницы, марлевые бинты, ватно-марлевые прокладки. Задача. Действие: Объясните пациенту (условному) с переломом лучевой кости в «типичном месте» суть лечения гипсовой повязкой, сроки иммобилизации и необходимость наблюдения. Действие: подготовьте гипсовый бинт к работе. Действие: наложите тыльную гипсовую лонгету от головок пястных костей до верхней трети предплечья в физиологическом положении руки (сгибание в локтевом суставе под углом 90°, умеренное сгибание в лучезапястном суставе). Объяснение: Ответьте на вопросы: Какие «тревожные» симптомы (признаки сдавления конечности) вы должны объяснить пациенту для немедленного обращения к врачу? Какова профилактика контрактур суставов после снятия гипсовой повязки? Какой метод инструментального контроля эффективности репозиции и сращения перелома вы назначите и когда?	Чаклин В.Д. Основы оперативно-ортопедии и травматологии. - М.: Медицина, 2019. (Разделы, посвященные гипсовой технике). Травматология и ортопедия: учебник / под ред. Н.В. Корнилова. — 4-е изд. — СПб.: Гиппократ, 2021. (Глава «Методы консервативного лечения»).
3.	Задание. Пункция коленного сустава	Ортопедическая диагностика: руководство-

	Цель: Отработать диагностическую и лечебную манипуляцию при гемартрозе или синовите коленного сустава. Оснащение: Стерильные перчатки, маска, лоток, антисептик, шприц 10-20 мл, игла для пункции, пустые пробирки. Задача. Действие: Объясните пациенту (условному) с травмой коленного сустава и значительным выпотом цель, ход и необходимость пункции. Действие: Определите точку для пункции (стандартный наружный верхний доступ), обработайте операционное поле. Действие: Продемонстрируйте технику пункции и аспирации содержимого сустава. Действие: Объясните, какую информацию может дать внешний вид полученной жидкости (кровь, синовиальная жидкость, гной) для постановки диагноза. Объяснение: Ответьте на вопросы: Какие показания и противопоказания к пункции коленного сустава? Какие меры асептики и антисептики необходимо строго соблюдать для профилактики гнойного артрита? Какой дальнейший диагностический или лечебный шаг вы предпримете при получении гнойного содержимого?	атлас / Маркс В.О. — Минск: Беларусь, 2021. (Раздел «Пункция суставов»). Котельников Г.П., Миронов С.М. Травматология и ортопедия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Соответствующий раздел).
4.	Задание. Консультация пациента с плоскостопием и составление плана профилактических мероприятий Цель: Отработать навык консультирования, осмотра и составления плана консервативного лечения и профилактики ортопедического заболевания. Оснащение: Кушетка, плантограф (или лист бумаги, красящее вещество), образцы ортопедических стелек. Задача. Действие: Проведите опрос и осмотр пациента (условного) с жалобами на быструю утомляемость и боли в стопах. Действие: Проведите плантографию для получения от-	Красикова А.С. Плоскостопие у детей и взрослых. Профилактика и лечение. — СПб.: Корона-Век, 2019. Клинические рекомендации «Плоскостопие» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020).

	печатка стопы и оценки степени плоскостопия. Действие: Проведите консультацию: объясните пациенту суть проблемы, факторы риска (лишний вес, неудобная обувь). Действие: Составьте и обоснуйте развернутый план профилактических и лечебных мероприятий, включающий. Рекомендации по подбору обуви. Подбор и назначение ортопедических стелек. Комплекс упражнений ЛФК для укрепления свода стопы. Рекомендации по коррекции образа жизни.	
5.	Задание. Тактика при открытом переломе голени с кровотечением Цель: Отработать алгоритм действий при оказании первой помощи и первичной хирургической обработки (ПХО) открытого перелома, направленный на профилактику шока, кровопотери и инфекционных осложнений. Оснащение: Для этапа первой помощи: перчатки, антисептический раствор (хлоргексидин), стерильные салфетки, кровоостанавливающий жгут, лестничная шина или подручные средства для иммобилизации, бинты. Для этапа ПХО (демонстрация на муляже): хирургический инструментарий (скальпель, зажимы, ножницы), шприцы, раствор антисептика, перевязочный материал. Догоспитальный этап Вам на месте происшествия (условно). Пострадавший с открытым переломом правой голени. В ране виден отломок кости, пульсирующее кровотечение алой кровью. Опишите порядок ваших действий. Продemonстрируйте на условном пострадавшем технику остановки артериального кровотечения (наложение жгута). Продemonстрируйте обработку раны и наложение асептической повязки. Продemonстрируйте технику транспортной иммобили-	Миронов С.П., Котельников Г.П., Околоков А.Н. Открытые переломы. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2021. (Главы по классификации, первой помощи и ПХО). Клинические рекомендации «Открытые переломы длинных трубчатых костей» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020). Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Разделы «Кровотечения», «Транспортная иммобилизация»).

	зации перелома голени. Обоснование и профилактика Объяснение: Ответьте на вопросы: Почему необходимо иммобилизовать два сустава (голеностопный и коленный) при переломе голени? Каков максимальный срок наложения кровоостанавливающего жгута на конечность? Что необходимо отметить в записке к жгуту? Назовите основные причины развития остеомиелита при открытых переломах. Какие меры на догоспитальном этапе направлены на его профилактику? Обоснуйте необходимость экстренного введения противостолбнячной сыворотки и антибиотиков широкого спектра действия. Заполните (составьте) «Талон на completedацию скорой медицинской помощи» или напишите краткий протокол осмотра пострадавшего с указанием всех выполненных манипуляций.	
--	---	--

Задания открытого ПК 2.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Задание 1: Диспансерное наблюдение пациента после эндопротезирования тазобедренного сустава Ситуация: К вам на амбулаторный прием пришел пациент 68 лет, который был выписан из стационара после плановой операции – тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава по поводу коксартроза IV стадии. После операции прошло 3 недели. Ходит с помощью ко-	Ответ: План диспансерного наблюдения: Через 1, 3, 6 месяцев и 1 год после операции. Цели: оценка функции сустава (амплитуда движений, ходьба), выявление болевого синдрома, осмотр рубца, исключение ранних осложнений	Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. (Раздел «Транспортная иммобилизация»). Дьяченко В.А. и др. Медицинская техни-

	стылей, наступая на оперированную ногу. Жалуются на умеренные боли в области сустава при ходьбе. Вопросы (открытого типа): 1. Составьте индивидуальный план диспансерного наблюдения за данным пациентом на первый год после операции. Укажите сроки и цели каждого визита. 2. Какие основные моменты вы объясните пациенту на первой консультации относительно образа жизни, физических нагрузок и правил ухода за послеоперационным рубцом? 3. Назовите «красные флаги» – симптомы, при появлении которых пациенту необходимо немедленно обратиться к врачу. Обоснуйте, с какими осложнениями они могут быть связаны. 4. Какие методы инструментального мониторинга состояния эндопротеза и костной ткани вы назначите в отдаленном периоде и с какой целью?	(нестабильность компонентов, инфекция). Далее – 1 раз в год пожизненно. Цели: мониторинг отдаленных последствий (асептическое расшатывание компонентов, остеолит), коррекция рекомендаций. Беседа с пациентом: Образ жизни: Избегать падений, носить устойчивую обувь. Контролировать массу тела. Нагрузки: Постоянно выполнять ЛФК для укрепления мышц. Разрешается ходьба, плавание, велотренажер. Пожизненно избегать ударных нагрузок (бег, прыжки), экстремальных видов спорта, подъема тяжестей. «Правило прямого угла»: Первые 2-3 месяца не сгибать ногу в тазобедренном суставе более 90°, не сидеть на низких стульях, не скрещивать ноги. Уход за рубцом: Обрабатывать антисептиком, сообщать о любых признаках воспаления (покраснение, боль, выделения). «Красные флаги» для немедленного обращения: Появление острой боли, особенно при опоре на ногу → риск перипротезного перелома, нестабильности. Повышение температуры тела, усиление боли, отек, покраснение и гнойное отделяемое из рубца → риск глубокой перипро-	ка для иммобилизации и транспортировки пострадавших. — СПб.: Гиппократ, 2018.
--	--	--	--

		тезной инфекции (катастрофическое осложнение). Ощущение щелчка, хруста, нестабильности в суставе → риск вывиха головки эндопротеза или его расшатывания. Методы мониторинга: Ежегодная рентгенография тазобедренного сустава в 2-х проекциях → для оценки положения компонентов протеза, целостности кости вокруг них (исключение остеолита и асептической нестабильности). Денситометрия (по показаниям) → для контроля остеопороза, который может усугубляться и способствовать нестабильности протеза.	
2.	Задание 2: Профилактика и диспансерное наблюдение при остеопорозе у пациентки в постменопаузе Ситуация: На профилактический прием пришла женщина 62 лет. В постменопаузе 10 лет. Рост 165 см, вес 52 кг. Ведет малоподвижный образ жизни. Курит. В анамнезе – перелом лучевой кости в «типичном месте» 2 года назад при падении с высоты собственного роста. Жалоб на боли в костях не предъявляет. Вопросы (открытого типа): Проведите оценку факторов риска остеопоротических переломов у данной пациентки. К какой группе диспансерного наблюдения ее следует отнести? Составьте для нее план первичной и вторичной профилактики остеопороза. Какие немедикаментозные и медикаментозные методы вы предложите?	Ответ: Оценка рисков: высокий риск. Факторы: женский пол, постменопауза >10 лет, низкий ИМТ (дефицит массы тела), низкая физическая активность, курение, наличие в анамнезе низкоэнергетического перелома (является абсолютным показанием к лечению остеопороза независимо от показателей денситометрии). Группа диспансерного учета – Д-II (диспансерное наблюдение по поводу хронического заболевания – остеопороз). План профилактики: Первичная/Вторичная профилактика (немедикаментозная):	Клинические рекомендации «Остеопороз» (Российская ассоциация по остеопорозу, 2021 г.). Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации: руководство для врачей / под ред. Бурмаковой Г.Н. — М.: Медицина, 2020. (Глава по остеопорозу).

	Составьте план необходимого обследования для подтверждения диагноза и оценки рисков. Как вы проведете беседу с пациенткой о важности профилактики и каким образом мотивируете ее изменить образ жизни?	Диета: обогащенная кальцием (молочные продукты, рыба, кунжут) и витамином D (жирная рыба, яйца, УФ-облучение). Дозированные физические нагрузки: ходьба, скандинавская ходьба, силовые упражнения для укрепления мышц спины и ног. Отказ от курения. Профилактика падений: коррекция зрения, безопасная обувь, устранение домашних hazards (пороги, скользкие полы). Вторичная профилактика (медикаментозная, обязательна из-за перенесенного перелома): Назначение препаратов после обследования: препараты кальция и витамина D, антирезорбтивные препараты (бисфосфонаты, деносумаб) или анаболические средства. План обследования: Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра – «золотой стандарт» диагностики. Лабораторная диагностика: кальций, фосфор, щелочная фосфатаза в крови; оценка функции почек; маркеры костного ремоделирования (остеокальцин, СТХ). Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в 2-х проекциях для исключения	
--	--	---	--

		клиновидных деформаций тел позвонков (бессимптомные компрессионные переломы). Беседа с пациенткой: Необходимо объяснить, что перенесенный перелом – это не случайность, а симптом системного заболевания костей – остеопороза. Цель: предотвратить более грозные переломы (шейки бедра, тел позвонков), которые приводят к инвалидности и повышают смертность. Мотивация: сохранение активности, независимости и качества жизни в пожилом возрасте. Предложить конкретный и реальный план действий (например, начать с прогулок 30 мин. в день и приема добавок кальция и витамина D).	
3.	Задача. Диспансерное наблюдение после консолидации перелома луча в типичном месте Ситуация: Пациентка 62 лет находится на диспансерном учете у травматолога после консервативного лечения перелома дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением ("перелом в типичном месте"), полученного 4 месяца назад. Гипсовая иммобилизация снята 6 недель назад. Жалуется на скованность движений в лучезапястном суставе, снижение силы хвата, периодические боли при нагрузке. Вопросы: Составьте индивидуальный план диспансерного наблюдения на ближайший год Какие методы реабилитации показаны в данном периоде?	Ответ: План диспансерного наблюдения: Осмотры через 1, 3, 6 и 12 месяцев после травмы Оценка функции сустава (объем движений, сила хвата) Контроль болевого синдрома Оценка необходимости продолжения реабилитации Методы реабилитации: Лечебная физкультура для восстановления объема	Клинические рекомендации "Остеопороз" (Российская ассоциация по остеопорозу, 2021 г.)

	Какие инструментальные методы контроля следует назначить? Какие рекомендации по профилактике повторных переломов необходимо дать?	движений Механотерапия Физиотерапия (парафиновые аппликации, электрофорез) Массаж верхней конечности Инструментальный контроль: Рентгенография лучезапястного сустава в 2 проекциях Денситометрия для оценки минеральной плотности костной ткани УЗИ сустава при сохранении болевого синдрома Профилактика повторных переломов: Обучение правилам профилактики падений Ношение защитных ортезов при физической нагрузке Коррекция терапии остеопороза Витаминоterapia (кальций, витамин D)	
4.	Задача. Диспансерное наблюдение после эндопротезирования коленного сустава. Ситуация: Пациент 68 лет через 3 месяца после тотального эндопротезирования левого коленного сустава по поводу гонартроза IV стадии. При осмотре: ходит с тростью, объем движений в суставе:	Ответ: план наблюдения: Осмотры через 3, 6, 12 месяцев после операции, затем ежегодно Оценка функции сустава по шкалам (WOMAC,	Клинические рекомендации "Эндопротезирование коленного сустава" (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020 г.)

	сгибание 100°, разгибание -5°. Отек умеренный. Жалуются на боли при длительной ходьбе. Вопросы: Составьте план диспансерного наблюдения Какие осложнения возможны в отдаленном периоде? Какова тактика при выявлении нестабильности компонентов эндопротеза? Какие рекомендации по двигательному режиму? Исключение ударных нагрузок Ношение ортеза при физической активности Контроль массы тела.	KSS) Рентгенологический контроль положения компонентов Оценка необходимости коррекции реабилитационной программы Возможные осложнения: Асептическая нестабильность компонентов Перипротезная инфекция Контрактура сустава Износ полиэтиленового вкладыша Тактика при нестабильности: Углубленное обследование (КТ, лабораторная диагностика) Консультация в специализированном центре Решение вопроса о ревизионном эндопротезировании Рекомендации по режиму: Дозированные нагрузки (ходьба, плавание)	
5.	Задача. Диспансерное наблюдение при последствиях черепно-мозговой травмы Ситуация: пациент 45 лет через 6 месяцев после тяжелой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга тяжелой степени). Жалуются на головные боли, головокружение, снижение памяти, быструю утомляемость. Неврологический статус: легкая анизорефлексия, статокординаторные нарушения. Вопросы: составьте план диспансерного	Ответ. План наблюдения: Осмотры невролога каждые 3 месяца в первый год Оценка неврологического статуса по шкалам Контроль когнитивных функций	Клинические рекомендации "Черепно-мозговая травма" (Ассоциация нейрохирургов России, 2021 г.)

	наблюдения Какие специалисты должны участвовать в реабилитации? Какие методы обследования необходимы? Какова тактика при нарастании неврологической симптоматики?	Коррекция реабилитационной программы. Участвующие специалисты: Невролог Врач ЛФК Физиотерапевт Логопед Медицинский психолог Методы обследования: МРТ головного мозга ЭЭГ Нейропсихологическое тестирование Консультация офтальмолога Тактика при ухудшении: Немедленная госпитализация Углубленное обследование Коррекция медикаментозной терапии Пересмотр реабилитационной программы	
--	---	---	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
---	--------------------	----------

1.	Диспансерное наблюдение после эндопротезирования тазобедренного сустава Вопрос: Составьте план диспансерного наблюдения за пациентом после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Какие основные осложнения могут возникнуть в отдаленном периоде и как их профилактировать? Ключевые аспекты для ответа: • График осмотров (1, 3, 6, 12 месяцев, затем ежегодно) • Методы контроля (рентгенография, оценка функции сустава) • Основные осложнения (асептическая нестабильность, перипротезная инфекция) • Меры профилактики (ограничение нагрузок, контроль веса)	Клинические рекомендации "Эндопротезирование тазобедренного сустава" (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2021 г.)
2.	Тактика при остеопорозе у пациентов пожилого возраста Вопрос: Опишите алгоритм ведения пациента с остеопорозом и высоким риском патологических переломов. Какие методы консервативного лечения и профилактики вы предложите? Ключевые аспекты для ответа: Диагностика (денситометрия, оценка факторов риска) Медикаментозная терапия (бифосфонаты, препараты кальция) Немедикаментозные методы (ЛФК, коррекция питания) Профилактика падений	Клинические рекомендации "Остеопороз" (Российская ассоциация по остеопорозу, 2021 г.)
3.	Реабилитация после переломов позвоночника Вопрос: Составьте программу реабилитации для пациента с компрессионным переломом грудного отдела позвоночника. Какие этапы включает процесс восстановления? Ключевые аспекты для ответа: Этапы реабилитации (иммобилизационный, постиммобилизационный) Методы ЛФК (дыхательная гимнастика, укрепление мышечного корсета) Физиотерапевтические методы Ортопедический режим	Национальное руководство "Травматология и ортопедия" (ГЭОТАР-Медиа, 2021 г., глава 25)
4.	Профилактика и лечение контрактур суставов Вопрос: Опи-	"Реабилитация в

	шите методы профилактики и лечения посттравматических контрактур крупных суставов. Какие факторы влияют на развитие контрактур? Ключевые аспекты для ответа: Патогенез развития контрактур Методы профилактики (ранняя активизация, ЛФК) Консервативные методы лечения (механотерапия, физиотерапия) Показания к оперативному лечению	травматологии и ортопедии" под ред. А.В. Белецкого, 2020 г.
5.	Тактика при привычном вывихе плеча Вопрос: Опишите алгоритм обследования и лечения пациента с привычным вывихом плеча. Какие методы консервативного и оперативного лечения существуют? Ключевые аспекты для ответа: Методы диагностики (рентген, МРТ) Консервативное лечение (ЛФК, ортезирование) Показания к оперативному лечению Виды оперативных вмешательств	Клинические рекомендации "Нестабильность плечевого сустава" (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020 г.)
6.	Диспансерное наблюдение при сколиозе Вопрос: Составьте план диспансерного наблюдения за подростком со сколиозом II степени. Какие методы консервативного лечения наиболее эффективны? Ключевые аспекты для ответа: График осмотров и методы контроля Корригирующая гимнастика Ортопедические корсеты Критерии эффективности лечения	"Ортопедия детского и подросткового возраста" под ред. А.В. Белецкого, 2022 г.
7.	Профилактика профессиональных заболеваний ОДС Вопрос: разработайте программу профилактики профессиональных заболеваний опорно-двигательной системы для работников физического труда. Ключевые аспекты для ответа:	"Профессиональные заболевания опорно-двигательной системы" (Методические рекомендации МЗ РФ, 2019 г.)

	Анализ профессиональных рисков	
	Организация рабочего места	
	Производственная гимнастика	
	Средства индивидуальной защиты	

Формирование практических навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Проведение иммобилизации при переломе костей предплечья Задание: Пациент 35 лет доставлен в травмпункт с подозрением на закрытый перелом обеих костей правого предплечья. Продемонстрируйте технику наложения транспортной иммобилизации. Требования к выполнению: Выбор адекватного средства иммобилизации (лестничная или пневматическая шина) Подготовка шины к наложению Техника фиксации с обездвиживанием двух суставов Контроль состояния дистального отдела конечности после иммобилизации Критерии оценки: Правильность выбора длины шины Фиксация лучезапястного и локтевого суставов Сохранение возможности контроля кровоснабжения Комфорт пациента	Руководство по скорой медицинской помощи, под ред. С.Ф. Багненко, 2020 г., раздел "Транспортная иммобилизация"
2.	Пункция коленного сустава Задание: Пациент 40 лет с гемартрозом правого коленного сустава после травмы. Продемонстрируйте технику пункции сустава.	"Оперативная хирургия и топографическая анатомия" под ред. В.В. Кованова, 2021 г., глава "Пунк-

	Требования к выполнению: Определение точки пункции Обработка операционного поля Техника анестезии Техника пункции и аспирации содержимого Наложение асептической повязки Критерии оценки: Соблюдение правил асептики Точность определения точки пункции Безболезненность процедуры Полнота эвакуации содержимого	ции суставов"
3.	Наложение гипсовой повязки при переломе лодыжек Задача: Пациентке 45 лет с закрытым переломом наружной лодыжки без смещения необходимо наложить гипсовую повязку. Продемонстрируйте технику. Требования к выполнению: Подготовка гипсовых бинтов Положение конечности Техника наложения U-образной лонгеты Моделирование повязки Контроль качества иммобилизации Критерии оценки: Правильность выбора типа повязки Адекватность иммобилизации Сохранение возможности наблюдения за состоянием пальцев Отсутствие сдавления мягких тканей	Гипсовая техника в травматологии" А.В. Скороглядов, 2019 г. .

4.	Вправление вывиха плеча Задание: Пациент 30 лет с передним вывихом правого плеча. Продемонстрируйте технику вправления по Кохеру. Требования к выполнению: Оценка состояния нейрососудистого пучка Обезболивание Последовательность этапов вправления Контроль результата Иммобилизация после вправления Критерии оценки: Техника выполнения этапов Безопасность проведения Эффективность вправления Адекватность последующей иммобилизации	"Неотложная травматология" Г.П. Котельников, 2021 г., глава "Вывихи плеча"
5.	Закрытая репозиция перелома лучевой кости Задание: Пациентке 60 лет с закрытым переломом дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением требуется закрытая репозиция. Продемонстрируйте технику. Требования к выполнению: Обезболивание Положение пациента и врача Техника тракции и контртракции Приемы устранения смещения Контроль репозиции Критерии оценки: Техника выполнения манипуляции Эффективность репозиции	"Переломы лучевой кости в типичном месте" М.М. Рожинский, 2020 г.

	Безопасность проведения	
	Обезболивание процедуры	

Задания открытого типа ПК 5.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Травма коленного сустава у молодого спортсмена Ситуация: Спортсмен 19 лет во время футбольного матча почувствовал резкую боль в левом колене после скручивающего движения на фиксированной стопе. Сустав быстро отекает, появилось ощущение неустойчивости. При осмотре: положительные тесты Лахмана и переднего "выдвижного ящика", болезненность по линии суставной щели. Вопросы: Какой предварительный диагноз? Какое обследование назначить для подтверждения? Тактика лечения и реабилитации? Прогноз и возможные осложнения.	Ответ: Разрыв передней крестообразной связки. Возможно сочетание с повреждением мениска ("несчастливая триада"). МРТ коленного сустава - золотой стандарт диагностики. Рентген для исключения костных повреждений. Для активного спортсмена - артроскопическая пластика ПКС с последующей реабилитацией 6-9 месяцев. При адекватном лечении - возврат к спорту. Осложнения: неустойчивость сустава, ранний артроз	Клинические рекомендации "Повреждения связок коленного сустава" (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2021)
2.	Перелом шейки бедра у пожилой пациентки Ситуация: Женщина 78 лет упала дома, почувствовала резкую боль в правом паху. Не может оп-	Ответ: Медиальный перелом шейки бедрен-	Клинические рекомендации "Переломы проксимального отдела бед-

	реться на ногу. Конечность укорочена, ротирована кнаружи. В анамнезе - остеопороз. Вопросы: Диагноз и классификация перелома? Тактика лечения? Особенности ведения пожилых пациентов? Меры профилактики осложнений.	ной кости (Garden III-IV). Эндопротезирование тазобедренного сустава - метод выбора. Остеосинтез возможен при Garden I-II. Ранняя активизация, профилактика тромбозов, лечение остеопороза. Антикоагулянтная терапия, дыхательная гимнастика, ранняя вертикализация.	ренной кости" (АТОР, 2020)
3.	Врожденная дисплазия тазобедренного сустава у младенца Ситуация: На профилактическом осмотре у ребенка 3 месяцев выявлено ограничение отведения бедер, асимметрия кожных складок. Признак Ортолани-Маркса положительный. Вопросы: Диагноз и степень тяжести? Алгоритм обследования? Принципы лечения? Критерии эффективности лечения.	Ответ: Врожденная дисплазия тазобедренного сустава, вероятно подвывих. УЗИ тазобедренных суставов по Графу, при необходимости рентген после 3 месяцев. Широкое пеленание, стремена Павлика, при неэффективности - гипсование. Нормализация углов по данным УЗИ/рентгена, восстановление объема движений.	Клинические рекомендации "Врожденная дисплазия тазобедренного сустава" (Ассоциация ортопедов-травматологов, 2019)
4.	Открытый перелом голени с кровотечением Ситуация: Пострадавший 35 лет после ДТП. Открытый оскольчатый перелом правой голени с артериальным кровотечением. Кожные покровы бледные, ЧСС 120, АД 85/50 мм рт.ст. Вопросы: Неотложные мероприятия на месте?	Ответ: Остановка кровотечения (жгут), иммобилизация, инфузионная терапия. ПХО раны, стабильный остеосинтез (ИЛИ или АНФ), антибиотикотерапия. Профилактика столб-	Клинические рекомендации "Открытые переломы" (АТОР, 2021)

	Тактика в стационаре? Профилактика осложнений? Этапы реабилитации.	няка, антибиотикопрофилактика, контроль заживления. Поэтапная нагрузка, ЛФК, физиотерапия.	
5.	Компрессионный перелом позвоночника на фоне остеопороза Ситуация: Женщина 65 лет с остеопорозом почувствовала резкую боль в грудном отделе позвоночника после подъема тяжести. При осмотре - локальная болезненность Th8, напряжение паравerteбральных мышц. Вопросы: Диагностический алгоритм? Тактика лечения? Меры вторичной профилактики? Критерии эффективности лечения.	Ответ: Рентген грудного отдела в 2 проекциях, КТ для оценки стабильности, денситометрия. Ортопедический режим, корсет, анальгетики, лечение остеопороза. При нестабильности - операция. Антиостеопоротическая терапия, ЛФК, исключение нагрузок. Купирование боли, восстановление функции, отсутствие новых переломов.	Клинические рекомендации "Остеопоротические переломы позвоночника" (Российская ассоциация по остеопорозу, 2020)

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Возрастные особенности опорно-двигательной системы и их влияние на характер травм Вопрос: Опишите возрастные особенности костной системы у детей и пожилых людей. Как эти особенности влияют на характер и лечение переломов? Ключевые аспекты для ответа: Особенности детских переломов (переломы по типу "зеленой ветки", надкостница) Возрастные изменения костной ткани у пожилых (остеопороз, снижение прочности) Различия в процессах заживления переломов Особенности лечения в разных возрастных группах	"Возрастная морфология костной системы" А.В. Смирнов, 2021 г.
2	Диагностика и лечение переломов шейки бедра у пожилых Вопрос: Опишите алгоритм диагностики и лечения медиальных переломов шейки бедра у пациентов пожи-	Клинические рекомендации "Переломы проксимального отде-

	лого возраста. Обоснуйте выбор метода лечения. Ключевые аспекты для ответа: Классификация переломов (Garden, Pauwels) Методы диагностики (рентген, КТ, МРТ) Показания к эндопротезированию и остеосинтезу Особенности реабилитации и профилактики осложнений	ла бедренной кости" (АТОР, 2022 г.)
3.	Лечение ложных суставов длинных трубчатых костей Вопрос: Опишите современные подходы к лечению ложных суставов бедренной кости. Какие факторы влияют на выбор метода лечения? Ключевые аспекты для ответа: Классификация ложных суставов Методы интрамедуллярного остеосинтеза Использование аппаратов внешней фиксации Костная пластика и биологические стимуляторы остеогенеза	"Лечение ложных суставов" С.П. Мионов, 2021 г.
4.	Диагностика и лечение остеомиелита Вопрос: Составьте алгоритм диагностики и лечения хронического посттравматического остеомиелита. Какие современные методы лечения наиболее эффективны? Ключевые аспекты для ответа: • Клинические и рентгенологические признаки • Лабораторная диагностика • Хирургическое лечение (секвестрэктомия, костная пластика) • Антибиотикотерапия и местное лечение	Клинические рекомендации "Остеомиелит" (МЗ РФ, 2021 г.)
5.	Вопрос: Опишите современные подходы к лечению компрессионных переломов тел позвонков на фоне остеопороза. Когда показано оперативное лечение? Ключевые аспекты для ответа: Классификация переломов Консервативные методы лечения Вертебропластика и кифопластика Профилактика повторных переломов	"Остеопоротические переломы позвоночника" М.Б. Цыкунов, 2022 г.

№	Содержание задания	Источник
1.	Оценка и иммобилизация при переломах у детей Задание: Ребенок 7 лет с подозрением на перелом дистального метаэпифиза лучевой кости ("перелом в типичном месте"). Продемонстрируйте технику иммобилизации. Требования: Учет возрастных особенностей (эластичность костной ткани, зоны роста) Выбор адекватного средства иммобилизации (гипсовая лонгета) Фиксация с учетом возможного отека Обучение родителей контролю за состоянием конечности Критерии оценки: Правильность выбора длины и конфигурации лонгеты Сохранение возможности наблюдения за дистальным отделом конечности Объяснение правил ухода за гипсовой повязкой	"Детская травматология" М.В. Волков, 2021 г., глава "Иммобилизация при переломах у детей"
2.	Диагностика и первичная помощь при переломе шейки бедра у пожилых Задание: Пациентка 80 лет с болью в правом тазобедренном суставе после падения. Продемонстрируйте алгоритм обследования. Требования: Оценка общего состояния (исключение сопутствующей патологии) Клиническое обследование (укорочение конечности, наружная ротация) Интерпретация рентгенограмм тазобедренного сустава Организация транспортировки Критерии оценки:	Клинические рекомендации "Переломы проксимального отдела бедренной кости" (АТОР, 2022 г.)

	Выявление характерных клинических признаков Правильная интерпретация рентгенологических данных Организация щадящей транспортировки	
3.	Пункция коленного сустава при гемартрозе Задание: Пациент 35 лет с гемартрозом коленного сустава после травмы. Продемонстрируйте технику пункции. Требования: Определение точки пункции Соблюдение правил асептики Техника аспирации содержимого Оценка характера аспирированной жидкости Критерии оценки: Точность определения точки пункции Соблюдение стерильности Полнота эвакуации содержимого Оценка полученного материала	"Оперативная хирургия и топографическая анатомия" В.В. Кованов, 2021 г.
4.	Наложение скелетного вытяжения при переломе бедра Задание: Пациент 45 лет с диафизарным переломом бедра. Продемонстрируйте технику наложения скелетного вытяжения. Требования: Выбор точки проведения спицы Обезболивание Техника проведения спицы Установка и натяжение системы вытяжения Критерии оценки: Правильность выбора точки проведения спицы Техника проведения спицы Качество фиксации и натяжения системы	"Скелетное вытяжение в травматологии" И.А. Мовшович, 2019 г.
	Диагностика и лечение переломов позвоночника Задание: Пациент 50 лет с компрессионным переломом Th12	"Вертебрология в практике травматоло-

5.	позвонка. Продемонстрируйте алгоритм обследования и лечения. Требования: Оценка неврологического статуса Интерпретация рентгенограмм и КТ Выбор метода лечения (консервативный/оперативный) Организация режима и реабилитации Критерии оценки: Полнота неврологического обследования Правильная интерпретация лучевых методов исследования Обоснованность выбора метода лечения	га" А.В. Белецкий, 2022 г.
----	---	----------------------------

Задания открытого типа ПК 6.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перелом шейки бедра у пожилого пациента Ситуация: Пациентка 78 лет доставлена в приемное отделение после падения дома. Жалуется на боль в правом паху, не может опереться на ногу. При осмотре: правая нижняя конечность укорочена на 2 см, ротирована наружу. Движения в тазобедренном суставе резко болезненны. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Какое обследование необходимо провести для подтверждения? Тактика лечения с учетом возраста пациентки. Меры профилактики возможных ослож-	Ответ: Медиальный перелом шейки правой бедренной кости. Характерные признаки: боль в паху, наружная ротация и укорочение конечности. Рентгенография тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях. При необходимости – МРТ для исключения скрытого перелома. Эндопротезирование тазобедренного сустава – метод выбора у пациентов пожилого возраста. Позволяет активизиро-	Клинические рекомендации «Переломы проксимального отдела бедренной кости» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2022 г.)

	нений.	вать пациентку на 2-3 сутки. Профилактика тромбоэмболических осложнений (антикоагулянты), ранняя активизация, дыхательная гимнастика, лечение остеопороза.	
2.	Открытый перелом голени с повреждением сосудов Ситуация: Пострадавший 35 лет доставлен в травматологическое отделение после ДТП. Диагностирован открытый оскольчатый перелом правой голени с артериальным кровотечением. Кожные покровы бледные, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Вопросы: Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе. Алгоритм лечения в стационаре. Профилактика инфекционных осложнений. Принципы реабилитации.	Ответ: Остановка кровотечения (давящая повязка, жгут при необходимости), иммобилизация шиной, инфузионная терапия. Первичная хирургическая обработка, стабильный остеосинтез (ИЛИ, АНФ), при повреждении сосудов – консультация сосудистого хирурга. Антибиотикопрофилактика широкого спектра, профилактика столбняка, регулярные перевязки. Позапная нагрузка, ЛФК, физиотерапия, ношение ортеза.	Клинические рекомендации «Открытые переломы» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2021 г.)
3.	Повреждение мениска коленного сустава Ситуация: Пациент 28 лет жалуется на боль и блокировку правого коленного сустава после травмы на футболе. При осмотре: выпот в суставе, положительный тест Мак-Мюррея, болезненность по линии суставной щели. Вопросы: Предварительный диагноз. Методы диагностики. Тактика лечения. Возможные осложнения при отказе от лечения.	Ответ: Повреждение медиального мениска правого коленного сустава. МРТ – золотой стандарт диагностики. Рентген для исключения костных повреждений. Артроскопия коленного сустава с резекцией или швом мениска. При небольших повреждениях – консервативное лечение (иммобилизация, ЛФК). Развитие гонартроза, хроническая боль, вторичные блокады сустава.	Клинические рекомендации «Повреждения менисков коленного сустава» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2020 г.)

4.	Врожденная дисплазия тазобедренного сустава у ребенка Ситуация: На профилактическом осмотре у ребенка 2 месяцев выявлено ограничение отведения бедер, асимметрия ягодичных складок. Признак Ортолани положительный. Вопросы: Диагноз и его обоснование. Алгоритм обследования. Принципы лечения. Прогноз при своевременном лечении.	Ответ: Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Основание: характерные клинические признаки у ребенка группы риска. УЗИ тазобедренных суставов по Графу. После 3 месяцев – рентгенография. Широкое пеленание, стремена Павлика. При неэффективности – гипсовая повязка. При раннем начале лечения – полное восстановление функции сустава.	Клинические рекомендации «Врожденная дисплазия тазобедренного сустава» (Ассоциация травматологов-ортопедов России, 2019 г.)
5.	Компрессионный перелом позвоночника на фоне остеопороза Ситуация: Женщина 65 лет с остеопорозом почувствовала резкую боль в грудном отделе позвоночника после подъема тяжести. При осмотре: локальная болезненность Th8, напряжение паравerteбральных мышц. Вопросы: Диагностический алгоритм. Тактика лечения. Меры вторичной профилактики. Критерии эффективности лечения	Ответ: Рентгенография грудного отдела в 2 проекциях, при необходимости – КТ. Денситометрия для оценки тяжести остеопороза. Ортопедический режим, корсет, анальгетики. При нестабильности – вертебропластика. Антиостеопоротическая терапия (бисфосфонаты, препараты кальция и витамина D), ЛФК. Купирование болевого синдрома, восстановление функции, отсутствие новых переломов.	Клинические рекомендации «Остеопоротические переломы позвоночника» (Российская ассоциация по остеопорозу, 2020 г.)
6.	Пациент с открытым переломом нижней трети голени Пациенту 45 лет поступил в приемное отделение больницы после падения с высоты около двух метров. Жалуется на сильную боль в правой ноге ниже колена, кровотечение из открытой раны на передней поверхности голени, невозможность опереться на ногу. Объективно: деформация и отечность в нижней трети голени	Ответы: Предварительный диагноз: открытый перелом средней трети правой голени с нарушением целостности кожи и мышц. Последовательность мероприятий первой помощи: Временная остановка кровотечения путем наложения стерильной салфетки поверх раны и	Кирилюк Л.В., Левандовская О.В. Лечение открытых переломов голени. – Журнал травматологии и ортопедии. – 2019. – №3.

	справа, определяется открытая рана размером примерно 3 см × 2 см, видны обломки кости, кровоточит умеренно. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Вопросы: Установите предварительный диагноз. Укажите последовательность мероприятий первой врачебной помощи. Определите тактику дальнейшего лечения.	осторожного бинтования. Анальгезия внутримышечным введением анальгетика. Транспортная иммобилизация шиной. Госпитализация в специализированное учреждение. Тактика дальнейшего лечения: Первичное хирургическое лечение открытого перелома (первичная хирургическая обработка). Антисептическая обработка раны, репозиция отломков, фиксация спицами или пластинами. Антибактериальная терапия для предотвращения инфекции. Контроль динамики процесса заживления.	
7.	Посттравматический гемартроз коленного сустава К врачу обратился пациент 32-х лет спустя два часа после прямого удара в область правого коленного сустава. Пациента беспокоит сильная боль, отек, ограничение движений, чувство нестабильности в суставе. Объективно: правое колено увеличено в объеме, болезненное при пальпации, положительная симптоматика «баллотирования надколенника», положительный тест «щелчка». Вопросы: поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные исследования нужны для подтверждения диагноза? Какие меры предосторожности нужно принять перед пункцией сустава?	Ответы: Предварительный диагноз: посттравматический гемартроз правого коленного сустава. Дополнительные исследования: УЗИ коленного сустава для оценки наличия крови в полости сустава. Рентгенография коленного сустава для исключения перелома и вывиха. Перед пункцией сустава необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний (аллергия на антисептики, нарушение свертываемости крови), соблюсти асептику и антисептику, обеспечить обезболивание.	Цуканов Ю.Т., Барашнев Ю.И. Гемартроз коленного сустава: диагностика и лечение. – Российский журнал травматологии и ортопедии. – 2018. – №4.
8.	Повреждение ахиллова сухожилия Мужчине 38 лет обратился в клинику с жалобами на резкую боль в задней части левой пятки после прыжка с небольшой высоты. При осмотре выявляется болезненная припухлость в месте прикрепления ахиллова сухожилия, отсутствие активного подошвенного сгибания стопы,	Ответы: Вероятный диагноз: полный разрыв ахиллова сухожилия слева. Подтверждают диагноз следующие тесты: Симптом «разрыва»: провалы пальцев врача при сдав-	Ковтун В.Ф., Косарев В.Н. Повреждения ахиллова сухожилия: диагностика и лечение. – Ортопедическая хирургия. – 2019. – №1.

	невозможность встать на пальцы ноги. Вопросы: Предположите диагноз. Какие диагностические тесты подтверждают разрыв ахиллова сухожилия? Опишите методику консервативного и оперативного лечения.	ливании икроножной мышцы («симптом Томсона»). Отрицательная проба Хомана-Кассирского (боль отсутствует при пассивном разгибании стопы). Консервативный метод включает наложение гипсовой повязки сроком на 6–8 недель с целью ограничения нагрузки и достижения регенерации ткани. Оперативное лечение предполагает сшивание разорванных концов сухожилия и последующую иммобилизацию.	
9.	Вывих плеча Женщина 55 лет обратилась в поликлинику с жалобой на боли в правом плече после неудачного падения на вытянутую руку. Объективно отмечается ограниченность движений в правом плечевом суставе, плечо смещено вперед относительно акромиона, ощущается выраженный болевой синдром при попытке движения рукой. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Опишите технику вправления заднего вывиха плеча методом Джанелидзе. Какие возможные осложнения возможны после неправильного вправления вывиха?	Ответы: Предварительный диагноз: задний вывих правого плеча. Техника метода Джанелидзе: Положить больного на спину, согнуть пострадавшую руку в локте. Врач одной рукой берет кисть пациента, второй надавливает на головку плечевой кости. Затем медленно вращают и одновременно вытягивают руку наружу, пока головка плечевой кости не займет правильное положение. Возможные осложнения включают невропатию лучевого нерва, образование ложного сустава, хроническую нестабильность сустава.	Гороховский Б.Н., Зайцев В.Г. Повреждения плечевого пояса и плеча. – Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. – 2018. – №2.
10.	Компрессионный перелом тела позвонка Мужчина 63 лет жалуется на острую боль в пояснице после подъема тяжести. Боль усиливается при движении, имеет-	Ответы: Предварительный диагноз: компрессионный перелом тела четвертого	Михайлов А.М., Павлович А.В. Диагностика и лечение компрессионных переломов позвоночни-

	ся ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. На рентгенограмме обнаружено снижение высоты L4 позвонка. Вопросы: Установите предварительный диагноз. Какие симптомы характерны для компрессионного перелома тел позвонков? Опишите этапы консервативного лечения.	поясничного позвонка. Характерные симптомы: интенсивная боль в спине, усиливающаяся при нагрузке, напряжение паравертебральных мышц, уменьшение роста, ограничение объема движений спины. Консервативное лечение: Использование корсетов для разгрузки позвоночника. Медикаментозная терапия противовоспалительными препаратами. Ограничение физической активности, физиотерапия, массаж.	ка. – Бюллетень Восточной Сибири. – 2019. – №1
--	---	---	---

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие травмы чаще всего встречаются у детей раннего возраста?	Ревич Б.А., Лазарева Г.В. Детская травматология. — М.: Медицина, 2018.
2	Каковы специфические особенности переломов костей у пожилых людей?	Чернышова Е.Ю., Пономаренко А.С. Травматология пожилого возраста. — СПб.: Наука, 2017.
3.	Опишите механизм образования гематомы при закрытой травме мягких тканей.	Конева Е.Н., Иванов Д.И. Патофизиология повреждений мягких тканей. — Новосибирск: НГУ, 2019.
4.	Что такое контрактуры суставов и почему они возникают?	Курбатов Ю.Г., Захаров В.М. Хирургия суставных поражений. — Москва: Практика, 2016.
5.	Назовите причины возникновения перелома шейки бедра и опишите характерную симптоматику.	Барсуков А.П., Белкин В.Е. Переломы бедренной кости. — Красноярск: КрасГМУ, 2018.

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие объективные признаки указывают на наличие закрытого перелома конечности?	Караваев В.А., Семенов В.М. Диагностика и первая помощь при закрытых переломах // Медицинские знания и опыт. — №3. — 2018.
2.	Как правильно провести пальпацию поврежденной области при подозрении на повреждение связочного аппарата?	Петрова Е.А., Гончарова Н.В. Основы физического осмотра при травмах суставов // Учебник врача-травматолога. — Москва: Издательство Минздрава, 2019.
3.	Как осуществить транспортную иммобилизацию верхней конечности при закрытом переломе предплечья?	Руководство по экстренной медицине. — Томск: Томский университет, 2017.
4.	Какой алгоритм действий применяется при открытом переломе нижней конечности?	Орлов С.А., Иванов В.А. Открытые переломы нижних конечностей: первичная обработка раны и профилактика инфекций // Журналы современной медицины. — №5. — 2019.
5.	Какие типы гипсовых повязок применяются при переломах лодыжек и стопы?	Сидоров П.И., Волкова Е.Н. Гипсовая техника и правила наложения гипсовых повязок // Атлас медицинских манипуляций. — Барнаул: Алтайский государственный медицинский университет, 2018.

Задания открытого типа ПК 8.

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Реабилитация после перелома шейного отдела позвоночника Пациент, мужчина 48 лет, перенесший операцию стабилизации шейного отдела позвоночника вследствие тяжелой травмы шеи, вызванной падением с высоты. Период восстановления проходит тяжело, наблюдаются сильные мышечные спазмы, головная боль, слабость верхних конечностей. Во время стационарного периода проведено комплексное медикаментозное лечение, однако остаточные явления сохраняются. Вопросы: Необходимо определить оптимальный вариант курортного лечения для данного пациента. Какие немедикаментозные методы реабилитации показаны этому пациенту? Какие факторы риска и противопоказания необходимо учитывать при назначении санаторно-курортного лечения?	Ответы: Оптимальным вариантом санаторно-курортного лечения является бальнеологический курорт с сероводородными ваннами, грязевыми аппликациями и гидромассажем. Такие процедуры способствуют улучшению кровообращения, снижению болей и ускоряют процесс восстановления функций позвоночника. Немедикаментозные методы реабилитации включают занятия лечебной физкультурой (ЛФК), механотерапию, рефлексотерапию, магнитотерапию и иглорефлексотерапию. Данные методы помогают уменьшить болевые ощущения, восстановить объем движений и укрепить мышцы. Противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения включают острые воспалительные процессы, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, онкологические патологии, повышенную температуру тела, тромбозы глубоких вен и склонность к кровотечениям.	Синельников А.С., Бережнова И.А. Реабилитация больных с патологией позвоночника: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2.	Реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава Пациентка, женщина 62 лет, находится на этапе ранней реабилитации после замены тазобедренного сустава протезом. Через две недели после операции отмечаются незначительные боли, небольшая хромота, неуверенность при ходьбе. Она планирует продолжить восстановление в усло-	Ответы: Рекомендован санаторий климатического типа с использованием физических нагрузок (лечебная гимнастика, бассейн), минеральные ванны и грязи. Это способствует укреплению мышечной силы, восстановлению двига-	Григорьева Е.А., Соколова Н.В. Эндопротезирование крупных суставов: реабилитация и отдалённые результаты. — СПб.: Спецлит, 2018.

	виях курорта. Вопросы: Определите подходящий тип санаторно-курортного учреждения для дальнейшей реабилитации. Какие немедикаментозные методы лечения будут эффективны в данном периоде? Существуют ли абсолютные противопоказания к санаторно-курортному лечению в данном случае?	тельных функций и уменьшению дискомфорта. Эффективными немедикаментозными методами являются физиотерапевтические процедуры (электростимуляция мышц, лазеротерапия), мануальная терапия, плавание в бассейне и индивидуальная программа ЛФК. Абсолютные противопоказания отсутствуют, однако относительным противопоказанием является ранний период после операции (< 4 недель). Важно контролировать динамику восстановления и постепенно увеличивать интенсивность занятий.	
3.	Нарушение осанки и сколиоз Пациент подросткового возраста (15 лет) обратился с жалобами на усталость, боли в спине, головные боли, изменение формы грудной клетки. Осмотр показал умеренное искривление позвоночника, отклонение головы в сторону, неправильную постановку стоп. Ранее лечился амбулаторно консервативно, эффект минимален. Вопросы: Предложите варианты санаторно-курортного лечения. Какие немедикаментозные способы лечения рекомендуются данному пациенту? Есть ли противопоказания к направлению на санаторно-курортное лечение?	Ответы: Показаны специализированные курорты, такие как Евпатория, Сочи, имеющие профиль специализации по заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Используются массаж, электрофорез, грязевые аппликации, специальные тренажеры, лечебная гимнастика. Важнейшими немедикаментозными способами являются коррекция осанки специальными упражнениями, использование ортопедической обуви, курсы массажа, применение электромиостимуляции и вытяжения позвоночника.	Данилов А.Б., Андреева И.В. Сколиоз и нарушения осанки у подростков: подходы к диагностике и лечению. — Москва: Полиграф-сервис, 2019.

		Среди противопоказаний выделяют тяжелую степень деформации позвоночника, неврологическую декомпенсацию, обострение хронических заболеваний, инфекционный процесс в активном периоде.	
4.	Реабилитация после травмы коленного сустава Мужчина 34 лет обратился в медицинское учреждение после спортивной травмы левого коленного сустава. Из анамнеза известно, что во время игры в футбол произошло резкое торможение с поворотом корпуса, сопровождаемое сильной болью в левом колене. Был установлен диагноз: разрыв крестообразных связок и менисков коленного сустава. Проведен артроскопический ремонт сустава. Через три месяца после операции пациент испытывает дискомфорт при спуске по лестнице, ощущение неустойчивости в коленном суставе. Вопросы: Выберите оптимальную программу санаторно-курортного лечения для данного пациента. Какие немедикаментозные методы реабилитации подойдут пациенту на данном этапе? Существует ли риск ухудшения состояния здоровья при выборе определенного вида курортного лечения?	Ответы: Рекомендуемый санаторий — специализированный центр с профилем лечения спортивных травм и патологий суставов. Программа должна включать дозированную физическую активность, массаж, электростимуляцию мышц, термотерапию и физиопроцедуры (например, ультразвуковые волны). Наиболее эффективные немедикаментозные методы на данном этапе: лечебная физкультура (включая велотренажер и упражнения на растяжку), плавание в бассейне, массаж коленного сустава, миостимуляция. Риски связаны с преждевременной нагрузкой на сустав (например, длительные пешие прогулки, подъем тяжестей), недостаточной подготовленностью организма к процедурам термальной терапии (гипертермия, горячие ванны), наличием воспалений или острых инфекционных процессов.	Котельников Г.П., Миронов С.П. Спортивные травмы и их последствия. Принципы организации медицинской помощи спортсменам. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
5.	Реабилитация после инсульта с поражением нервной системы и сопутствующими	Ответы:	Алексеева Л.И., Васильева Л.Н. Ком-

	щими проблемами ОДА Пациент, мужчина 55 лет, перенёс ишемический инсульт месяц назад. Имеет ослабленную левую половину тела, включая парез руки и ноги. Дополнительно страдает остеохондрозом грудного отдела позвоночника и плоскостопием. В связи с ограничениями самостоятельно передвигаться не способен, нуждается в восстановлении моторных функций и улучшении качества жизни. Вопросы: Выбрать подходящие природные лечебные факторы и средства реабилитации. Какие немедикаментозные методы поддержат функциональное состояние пациента? Как избежать потенциальных рисков развития вторичных проблем со стороны опорнодвигательного аппарата?	Рекомендуется направлять пациента в санаторий с климатическим профилем, с возможностью прогулок, процедур гидрокинезиотерапии, упражнений в бассейне и специализированных программ ЛФК. Природные лечебные факторы включают мягкий морской воздух, морские купания, солнечную терапию и природную солевую среду. Применяются следующие немедикаментозные методы: специальная лечебная гимнастика, тренировки на стабилометрической платформе, роботизированная реабилитация, аппаратная стимуляция нервно-мышечной проводимости, вибротерапия, точечный массаж. Для снижения риска осложнений опорнодвигательного аппарата важно избегать длительного нахождения в статичном положении, регулярно проводить смену положения тела, своевременно консультироваться с врачом-физиотерапевтом и специалистом по биомеханике ходьбы. Необходим контроль осанки, регулярные консультации ортопеда для коррекции походки и подбора правильной обуви.	плексная реабилитация больных после острого нарушения мозгового кровообращения. — М.: Академия, 2020.
--	---	--	--

Вопросы для развёрнутого ответа

№	Содержание задания	Источник
1.	Охарактеризуйте роль и значение санаторно-курортного лечения в комплексной реабилитации пациентов с патологиями опорно-двигательного аппарата.	Федорова Е.А., Белянин А.А. Современная концепция санаторно-курортного лечения больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2020. — № 3.
2	Какие природные лечебные факторы и современные методы физиотерапии применяются в санаториях для улучшения функциональных возможностей суставов и укрепления мышц?	Лебедева О.В., Иванова М.В. Современные направления санаторно-курортного лечения и реабилитации пациентов с заболеванием опорно-двигательного аппарата // Архив внутренней медицины. — 2021. — № 4.
3.	Опишите современную концепцию оздоровительных программ в санаториях для пациентов с хронической вертеброгенной люмбалгией.	Дмитриева Н.А., Павлович А.В. Новые возможности санаторно-курортного лечения пациентов с хроническими болями в позвоночнике // Проблемы и перспективы развития здравоохранения. — 2022. — № 2.
4.	Приведите примеры успешного опыта внедрения инновационных технологий в санаторно-курортное лечение пациентов с нарушениями двигательной активности.	Семенова Л.А., Савчук С.В. Инновационные подходы к санаторно-курортному лечению пациентов с ограниченными возможностями передвижения // Международный научный вестник. — 2021. — № 3.
5.	Какие рекомендации Всемирной организации здравоохранения применимы к выбору оптимальной схемы санаторно-курортного лечения пациентов с ортопедическими заболеваниями?	Соколов С.В. Международные стандарты санаторно-курортного лечения: роль ВОЗ в формировании стратегий // Медицинский совет. — 2020. — № 1.
6.	Объясните понятие "элиминационная терапия" и её роль в профилактике рецидивов дегенеративно-дистрофических изменений суставов.	Борщенко И.А., Копылов Ф.Ю. Элиминационная терапия в ортопедической практике: современное представление и перспективы // Российский журнал травматологии и орто-

		педии. — 2021. — № 4.
7.	Рассмотрите механизмы воздействия элиминационных методов на улучшение трофики хряща и предотвращение прогрессирования артроза.	Герасимова А.В., Бобров В.В. Элиминационное лечение как эффективный способ замедления прогрессирования остеоартрита // Казанский медицинский журнал. — 2020. — № 2.
8.	Оцените эффективность и безопасность применения методов аутогемотерапии и плазмолифтинга в составе элиминационного комплекса терапии для восстановления хрящевых структур.	Суслов А.Н., Любимова А.А. Применение плазмолифтинга и аутогемотерапии в ортопедии и травматологии // Ортопедия и травматология. — 2022. — № 1.
9.	Какие условия необходимы для реализации эффективных схем элиминационной терапии у пациентов с множественными ортопедическими проблемами?	Глушков А.И., Кондрашкина Н.А. Алгоритм комплексного подхода к подбору элиминационной терапии при полиартрите и остеоартритах // Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования. — 2021. — № 3.
10.	Проанализируйте современные тенденции в развитии методов элиминационной терапии и перспективные научные разработки в этой сфере.	Заболотских Г.Б., Никитина Н.А. Совершенствование методов элиминационной терапии в клинической практике: обзор новейших исследований // Здоровье населения и среда обитания. — 2022. — № 2.

Формирование практический навыков

№	Содержание задания	Источник
1.	Какие категории пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) считаются показанными для санаторно-курортного лечения согласно федеральным рекомендациям?	Федеральный регистр медицинских организаций Министерства здравоохранения Российской Федерации, приказ № 135н от 2021 г.
	Опишите преимущества климатических зон (морской, горный, лесной) для пациентов с определенными формами забо-	Федотов В.Н., Шишкина Л.А. Климатотерапия в восстановительном

2.	леваний ОДА и укажите критерии отбора зоны отдыха.	лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата. — Москва: Практическая медицина, 2020.
3.	Какие терапевтические эффекты оказывает санаторно-курортное лечение на организм пациента с ревматоидным артритом и каковы его цели?	Балабанова Р.М., Карпов А.А. Восстановительное лечение и реабилитация пациентов с ревматологическими заболеваниями. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
4.	Составьте список основных критериев безопасности для назначения санаторно-курортного лечения пациентам после оперативных вмешательств на костях и суставах.	Скрипкин Ю.К., Аристов А.А. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение в травматологии и ортопедии. — СПб.: Питер, 2020.
5.	Опишите порядок оформления направлений на санаторно-курортное лечение и документальное сопровождение пациента.	Приказ Минздрава РФ № 366н от 2021 г. «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
6.	Что понимается под термином «элиминационная терапия» в травматологии и ортопедии и какие цели преследует данная стратегия?	Зубцовский Н.Э., Свешников В.А. Нетрадиционные методы лечения и профилактики в травматологии и ортопедии. — Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2020.
7.	Приведите примеры заболеваний опорно-двигательного аппарата, при которых показана элиминационная терапия, и назовите основные пути её реализации.	Решетников А.В., Безруков В.В. Дифференциальная диагностика и лечение в травматологии и ортопедии. — Москва: Русское слово, 2021.
8.	Какие немедикаментозные и альтернативные методы входят в арсенал элиминационной терапии и какую пользу они приносят пациентам с травмами и заболеваниями ОДА?	Бурдин В.А., Иванов Д.А. Альтернативные и интегративные методы лечения в травматологии и ортопедии. — Ставрополь: Северо-Кавказский научно-исследовательский институт охраны труда и экологии человека, 2020.
9.	Составьте примерный протокол проведения элиминационной терапии для пациента с бурситом большого пальца стопы и	Рогинский В.В., Васильев А.В. Современные

	оцените ожидаемые результаты лечения.	методы лечения бурситов и тендинозов в травматологии и ортопедии. — Ижевск: Удмуртский государственный университет, 2021.
10.	Какие потенциальные риски и побочные эффекты могут возникнуть при проведении элиминационной терапии и как минимизировать их негативное воздействие?	Кононенко Ю.Н., Николаева Е.В. Побочные эффекты и осложнения в травматологии и ортопедии. — Хабаровск: Тихоокеанская государственная медицинская академия, 2021.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент

Ю.И.Веденин

**Фонд оценочных средства для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине
«Симуляционный курс» для обучающихся 2024, 2025 годов поступления
по образовательной программе
31.08.67 Хирургия на 2025-2026 учебный год**

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

(КОМПЕТЕНТНОСТНАЯ МОДЕЛЬ ВЫПУСКНИКА)

**Перечень универсальных и профессиональных компетенций
выпускников и индикаторы их достижения.**

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура компетенции		
		знать	уметь	владеть
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Объем оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях	\ Оказанием медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Основная литература :

- 1. Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) :** учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/174461>
- 2. Отработка практических навыков и умений. Эталоны симуляционных модулей** оказания медицинской помощи : пособие / Л. В. Бабенкова, Г. К. Баркун, Ю. А. Беспалов и др. - Витебск : ВГМУ, 2016. - 127 с. - ISBN 9789854668208. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : <https://www.books-up.ru/ru/book/otrabotka-prakticheskikh-navykov-i-umenij-etалony-simulyacionnyh-modulej-okazaniya-meditsinskoj-pomocshi-12170282>
- 3. Скорая медицинская помощь: национальное руководство** / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html>
- 4. Военно-полевая хирургия. Национальное руководство** / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html>
- 5. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей** / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752

- с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html>
6. Хирургия по Шварцу. Том I / под ред. Ф. Ч. Бруникарди ; пер. с англ. под ред. А. Ш. Ревитшвили, Ю. В. Белова, В. И. Белоконова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-8033-5, DOI: 10.33029/978-5-9704-8033-5-PSS1-2023-1-784. - URL: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970480335.html>
 7. Клиническая анатомия живота. Иллюстрированный авторский цикл лекций [Электронный ресурс] / И. И. Каган. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970463970.html>
 8. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Режим доступа: <https://medbase.ru/book/ISBN9785970460009.html>

Клинические рекомендации по нозологическим формам.

Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ <https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines>

(электронный ресурс)

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

<u>Ссылка на информационный ресурс</u>	<u>Доступность</u>
http://ЭБС «Консультант студента» http:// www.studmedlib.ru	Свободный доступ
Единая реферативная библиографическая база данных (профессиональная база данных) http:// www.scopus.com	Свободный доступ
Национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных) http:// www.elibrary.ru	Свободный доступ
Журнал: <i>Medical Education Online</i> http://med-ed-online.net/	Свободный доступ
http://www.scsml.rssi.ru/	Свободный доступ
Методический центр аккредитации специалистов https://fmza.ru/fos_primary_specialized/	Свободный доступ

ЭИОС ВолгГМУ https://elearning.volgmed.ru/	Для участников курса
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

ПК 7

Задания закрытого типа

№	Содержание заданий	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1	. Реанимацию обязаны проводить: а) только врачи и медсестры реанимационных отделений б) все специалисты, имеющие медицинское образование в) все взрослое население	б) все специалисты, имеющие медицинское образование	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461
	Реанимация показана: а) в каждом случае смерти больного б) только при внезапной смерти молодых больных и детей в) при внезапно развившихся терминальных состояниях	в) при внезапно развившихся терминальных состояниях	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461
	Максимальная продолжительность клинической смерти в обычных условиях составляет: а) 10-15 мин б) 5-6 мин	б) 5-6 мин	.

	в) 2-3 мин г) 1-2 мин		
	При электротравмах оказание помощи должно начинаться: а) с непрямого массажа сердца б) с искусственной вентиляции легких в) с прекардиального удара г) с прекращения воздействия электрического тока	г) с прекращения воздействия электрического тока	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461
	Больные с электротравмами после оказания помощи: а) направляются на прием к участковому врачу б) не нуждаются в дальнейшем обследовании и лечении в) госпитализируются скорой помощью	в) госпитализируются скорой помощью	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461
	Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано: а) При остром деструктивном холецистите; б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря; в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря; д) Тампон не ставят.	в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
2	При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются: а) Сроком с момента прободения; б) Степенью воспалительных изменений брюшины; в) Величиной перфоративного отверстия; г) Локализацией перфоративного отверстия; д) Возрастом больного	б) Степенью воспалительных изменений брюшины;	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
3	Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать: а) Анализ кала на скрытую кровь; б) Контрастную рентгеноскопию желудка; в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь; г) Фиброгастроскопию; д) Определение гемоглобина и гематокрита.	г) Фиброгастроскопию;	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL:

			https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
7	При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные: а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки; б) Поздней обращаемостью; в) Возможностью психозов; г) Возможностью суицидальных попыток; д) Всем перечисленным.	А) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки;	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
8	10 Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: а) Рвота; б) Желудочное кровотечение; в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) Частый жидкий стул; д) Икота.	В) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
9	Острое расширение желудка может быть быстро распознано: а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении; б) Лапароцентезом; в) Назогастральной интубацией; г) Перкуссией брюшной стенки; д) Исследованием плазмы крови на серотонин.	А) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении;	». Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
13	Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают: а) Только дренирование плевральной полости; б) Гемостатическую консервативную терапию; в) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого; г) Искусственную вентиляцию легких; д) Экстраплевральный остеосинтез.	В) Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого;	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
14	Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место	В) Ранение сердца;	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва :

	укорочение перкуторного звука. Можно предположить: а) Ранение легкого; б) Торакоабдоминальное ранение; в) Ранение сердца; г) Ранение крупных сосудов средостения; д) Плевропульмональный шок.		ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
Выберите несколько правильных ответов			
2	. Тримя главными признаками клинической смерти являются: а) отсутствие пульса на лучевой артерии б) отсутствие пульса на сонной артерии в) отсутствие сознания г) отсутствие дыхания д) расширение зрачков е) цианоз	б) отсутствие пульса на сонной артерии г) отсутствие дыхания д) расширение зрачков	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html.
	Абсолютными признаками проникающего ранения грудной клетки являются: а) одышка б) бледность и цианоз в) зияние раны г) шум воздуха в ране при вдохе и выдохе д) подкожная эмфизема	в) зияние раны г) шум воздуха в ране при вдохе и выдохе д) подкожная эмфизема	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	К абсолютным признакам переломов костей относятся: а) патологическая подвижность б) кровоизлияние в зоне травмы в) укорочение или деформация конечности г) костная крепитация д) болезненная припухлость в зоне травмы	а) патологическая подвижность в) укорочение или деформация конечности г) костная крепитация	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html

	Острая недостаточность кровообращения может развиваться у больных: а) с острым инфарктом миокарда б) с гипертоническим кризом в) с хронической недостаточностью кровообращения г) с шоком д) после выхода из шокового состояния	а) с острым инфарктом миокарда б) с гипертоническим кризом в) с хронической недостаточностью кровообращения д) после выхода из шокового состояния	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннулина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	Необходимыми условиями при проведении искусственной вентиляции легких являются: а) устранение западения языка б) применение воздуховода в) достаточный объем вдуваемого воздуха г) валик под лопатками больного	а) устранение западения языка в) достаточный объем вдуваемого воздуха	. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннулина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	. Острые расстройства дыхания у больных в коматозном состоянии могут быть вызваны: а) угнетением дыхательного центра б) западением языка в) рефлексорным спазмом гортанных мышц г) аспирацией рвотными массами	а) угнетением дыхательного центра б) западением языка г) аспирацией рвотными массами	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннулина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	Для диабетической комы характерны симптомы: а) сухость кожи б) редкое дыхание в) частое шумное дыхание г) запах ацетона в выдыхаемом воздухе д) твердые глазные яблоки	а) сухость кожи в) частое шумное дыхание г) запах ацетона в выдыхаемом воздухе	. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннулина, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа:

			https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	Противопоказаниями для применения нитроглицерина являются: а) низкое артериальное давление б) инфаркт миокарда в) острое нарушение мозгового кровообращения г) черепно-мозговые травмы д) гипертонический криз	а) низкое артериальное давление в) острое нарушение мозгового кровообращения г) черепно-мозговые травмы	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллиной, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
5	Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: 1 Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; 2 В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра; 3 В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра; 4 В любом из указанных мест.	2 В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра; 3 В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;	Отработка практических навыков и умений. Эталоны симуляционных модулей оказания медицинской помощи : пособие / Л. В. Бабенкова, Г. К. Баркун, Ю. А. Беспалов и др. - Витебск : ВГМУ, 2016. - 127 с. - ISBN 9789854668208. - Текст : электронный // ЭБС "Букар" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/otrabotka-prakticheskikh-navykov-i-umenij-etalonnyh-modulej-okazaniya-meditsinskoj-pomocshi-12170282
6	Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является: а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье. б) Боль в подреберье. в) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании. г) Ослабленное дыхание на стороне травмы. д) Общее тяжелое состояние больного.		Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
8	Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить: а) Внутривнутрибрюшное кровоизлияние; б) Разрыв легкого; в) Тупую травму сердца; г) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную; д) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.	г) Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную; д) Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования	Неотложная хирургия груд и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
9	При проведении сердечно-легочной реанимации возможны осложнения:	2) Перелом ребер 3) Жировая эмболия	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной

	1) Пневмоторакс 2) Перелом ребер 3) Жировая эмболия 4) Повреждение печени 5) Воздушная эмболия 6) Переломы грудины	2, 3, 4	практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461
10	Методами восстановления проходимости верхних дыхательных путей являются: 1) Запрокидывание головы 2) Открывание рта 3) Выдвижение нижней челюсти 4) Положение Тренделенбурга 5) Механическое удаление содержимого рта и ротоглотки	1 Запрокидывание головы, 4 Положение Тренделенбурга 5 Механическое удаление содержимого рта и ротоглотки	Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике) : учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2019. — 36 с. — ISBN 978-5-907065-94-9. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/174461

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Больной Г., 35 лет. Госпитализирован в отделение реанимации через 1 час после автодорожной травмы. При поступлении: кома, АД 130/90 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Одышка до 40 в мин. Выраженная подкожная эмфизема правой половины грудной клетки. Рентгенологически - перелом VI-VII-VIII-IX ребер справа, напряженный пневмоторакс. Предполагаемый диагноз, план дообследования, последовательность реанимационных мероприятий?	Разрыв лёгкого, напряжённый пневмоторакс.	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллиной, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
	Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения	Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении(наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп.

	нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C.	обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания. Первая медицинская помощь : 1.ИВЛ 2.В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны 3. Повязка на рану 4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой 5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения. 6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания. 7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка. 8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания. 9. Подлежит первоочередному выносу с очага. 10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.	- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html »
	Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C.	Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью). Первая медицинская помощь: 1. Подложить под плечи валик. 2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть. 3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови. 4. Ввести воздуховод. 5. Иммобилизовать нижнюю челюсть пращевидной повязкой. 6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку. 7. Подлежит первоочередному вывоз	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html

	Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3*2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C.	Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выращенной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения. Первая медицинская помощь: 1. Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди. 2. Обезболивание. 3. Придать раненому положение полусидя. 4. Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html
	В сознании. Обессилен. На передней боковой поверхности шеи справа поперечная рана 8*2 см с фонтанирующим кровотечением. Местность лесистая. Температура воздуха -28°C.	У раненого артериальное кровотечение. Первая медицинская помощь: 1. Остановить кровотечение пальцевым прижатием правой сонной артерии к позвоночнику и наложить давящую повязку с пелотом на рану, проводя туры бинта слева через поднятую вверх левую руку. 2. Обезболить. 3. Обильно напоить раненого. 4. Укрыть накидкой медицинской для предупреждения общего переохлаждения и замерзания. 5. Подлежит первоочередному вывозу.	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html
	Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6*3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °C.	раненого множественные повреждения: обильно кровоточащая рана на переднебоковой поверхности шеи слева, отрыв правой голени с умеренным кровотечением из раны и некровоточащая обширная рана левой стопы. Первая медицинская помощь: 1. Остановить кровотечение из раны шеи пальцевым прижатием левой сонной артерии к позвоночнику, после чего наложить давящую повязку с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html

		2. Наложить жгуты на правую голень тотчас выше раны и на нижнюю треть левой голени. 3. Обезболить. 4. Наложить повязки на раны. 5. Иммобилизовать нижние конечности. 6. Обильно напоить раненого. 7. Записка с указанием даты и времени наложения жгутов. 8. Подлежит первоочередному вывозу.	
	3 часа назад придавило плитой обе нижние конечности до средней трети бедер. В сознании. Стонет от боли. Пытается самостоятельно освободиться из-под завала. Поле. Температура воздуха +20°C.	. Учитывая, что продолжительность сдавливания конечностей у пострадавшего превышает 2 часа, следует ожидать у него развития синдрома длительного сдавливания после освобождения из-под завала. Непосредственную опасность для жизни представляет острая интоксикация, которая развивается у таких пострадавших после освобождения их из-под завала. Первая медицинская помощь: 1. Обезболивание. 2. Освободить пострадавшего из-под завала. 3. Наложить на сдавленные конечности шины медицинские пневматические или осуществить тугое бинтование конечностей до уровня сдавливания. 4. По возможности, охладить конечности смачиванием повязок холодной водой. 5. Подлежат вывозу в порядке очереди	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html
	Упал с движущего автотранспорта вниз головой. Заторможен. При окрике открывает глаза. Руки и ноги безжизненно свисают как "плети". Дыхание не нарушено. Пульс учащен. Лежит на обочине дороги. Температура воздуха +14°C.	Надо полагать, что пострадавший получил тяжелую травму черепа и головного мозга, шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Угроза для жизни может возникнуть вследствие западения языка. Первая медицинская помощь: 1. Иммобилизация позвоночника на доске. 2. Воздуховод.	Военно-полевая хирургия. Национальное руководство / под ред. И. М. Самохвалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-8036-6, DOI: 10.33029/9704-8036-6-VPX-2024-1-1056. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480366.html

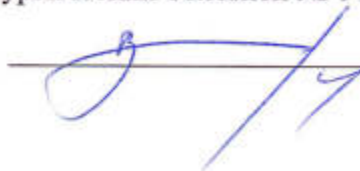
		3. Подлежит первоочередному вывозу.	ok/ISBN9785970480366.html ,.
	Извлечен из-под перевернувшейся грузовой машины. Жалуется на сильные боли внизу живота и в области таза. Ноги слегка развернуты наружу. Кожные покровы бледные, на лбу капельки пота. Тахикардия. Пульс слабого наполнения. Температура воздуха +5°C.	В наличие тяжелая травма таза и тазовых органов. Первая медицинская помощь: 1. Обезболивание. 2. Иммобилизовать таз, уложив раненого на одеяло и подложив под согнутые в коленных суставах и слегка ратированные наружу вещи. Для предупреждения излишней ратации конечности фиксировать их бинтом. 3. Профилактика переохлаждения. 4. Подлежит первоочередному вывозу.	Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486.html
	При падении линии электропередачи был поражен электрическим током. Сознание отсутствует. Грудная клетка неподвижна. Пульс на сонной артерии частый, слабый. Пальцы правой кисти покрыты черным струпом. Лесистая местность. Температура воздуха +10°C.	В наличии терминальное состояние вследствие поражения электрическим током. Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания. Первая медицинская помощь: 1. Освободить пострадавшего от действия тока. 2. ИВЛ. 3. После восстановления самостоятельного дыхания придать полусидящее положение пострадавшему. 4. Эвакуация в первую очередь. Используемая литература.	Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, С. С. Петрикова, И. П. Миннуллиной, А. Г. Мирошниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 1032 с. - ISBN 978-5-9704-9461-5.
2	Больной М., 45 лет, переведен в отделение реанимации из отделения травматологии, где находился в течение 2 суток после тяжелой скелетной травмы (перелом костей таза и конечностей). Поводом для перевода явилось резкое нарастание ОДН: тахипное до 40 в мин, температура до 39,6 °С, аускультативно в легких жесткое дыхание по всем легочным полям, по данным рентгенографии органов грудной клетки - двухсторонняя пневмония, по КЩС - рСО ₂ 60 мм рт.ст., в моче обнаружены свободные	Жировая эмболия.	• Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html

	жирные кислоты. Установить и обосновать причину ОДН, решить вопросы ИТ.		
3	Как врача реанимационной бригады Вас вызвали к пострадавшему, предъявляющему жалобы на боли в грудной клетке справа, правой половине живота, слабость, головокружение. Около 20 минут тому назад кузовом машины прижат к стене. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз лица. Пульс 120 уд./мин, АД - 60/20 мм рт.ст. Правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. При пальпации определяется болезненность на уровне 7-11 ребер, крепитация. Дыхание справа прослушивается, ослаблено. Пальпация правой половины живота болезненна. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В отлогих местах определяется свободная жидкость. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Осложнения травмы? 3. Объем помощи в пути? 4. Последовательность действий в стационаре? 5. Каков прогноз данного заболевания	1. Сочетанная травма, перелом 7-11 ребер справа. 2. Пневмоторакс. 3. Необходима на месте катетеризация центральной вены, переливание коллоидных плазмозаменителей в сочетании с кристаллоидами для стабилизации гемодинамики во время транспортировки. 4. В условиях стационара транспорт в операционную. На операционном столе осмотр реаниматолога, хирурга и травматолога, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, общеклинические анализы, плевральная пункция. При отсутствии крови и наличии пневмоторакса – дренирование плевральной полости, лапаротомия. 5. Благоприятный.	Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html
4	Больной 30 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на постоянные небольшие боли в правом подреберье, сопровождающиеся ознобами. Пять дней назад появилась желтуха, которая нарастает. За месяц до появления желтухи был оперирован по поводу пенетрирующей в печеночно-дуоденальную связку язвы 12-перстной кишки. Выполнена резекция желудка по Б.П. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 37,50С, видимая на глаз желтуха. Живот мягкий, практически безболезненный, печень и желчный пузырь не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10х9х7 см.	1. Рубцовая стриктура гепатикохоледоха, механическая желтуха, холангит. 2. Диагноз билиарной гипертензии подтвердит УЗИ. 3. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение. 4. РХПГ. 5. Благоприятный	Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html

	ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования помогут дифференцировать характер желтухи и уточнить диагноз? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?		
5	Машиной СМП в приемный покой доставлена больная 45 лет с жалобами на внезапно появившиеся сильные боли в эпигастральной области без иррадиации, тошноту, многократную рвоту. Заболела вечером накануне, принимала Но-шпу, боли в течение ночи сохранялись, утром вызвала машину СМП. В анамнезе калькулезный холецистит, не оперирована. Объективно: имеется иктеричность склер, температура 36,70С, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и желчный пузырь не определяются. Общий билирубин крови 65 мкмоль/л, амилаза крови 40 г/л в час. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте диагноз? 2. Какие изменения имеются при проведении инструментальных методов исследования? 3. Ваши действия? 4. Дальнейшая тактика хирургического лечения? 5. Каков прогноз данного заболевания?	1. ЖКБ, обтурационный папиллолитиаз, механическая желтуха, острый панкреатит. 2. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре. 3. Показан срочный осмотр БДС, при выявлении признаков его обтурации эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией. 4. Плановая холецистэктомия. 5. Благоприятный.	Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. Режим доступа: https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910.html

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,

д.м.н., доцент



Ю.И.Веденин