Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации

31.08.67 Хирургия
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач - хирург
Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации:

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 26.08.2014 № 1110.
2. Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 312.
3. Профессиональный стандарт «Врач-хирург», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 743н (в действующей редакции).
4. Общая характеристика образовательной программы.
5. Учебный план образовательной программы.
6. Устав и локальные акты Института.

Примерные тестовые задания для проведения государственной итоговой аттестации

1. Для эндоскопической картины синдрома Мэллори-Вейса характерны следующие признаки
   а) излюбленная локализация – передняя стенка кардиоэзофагеального перехода
   б) края разрывов отечны, пропитаны кровью
   в) излюбленная локализация – малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагеального перехода
   г) щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами
   д) излюбленная локализация – большая кривизна и выходной отдел желудка

2. Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?
   а) наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита
   б) наличие маркеров репликации вирусов гепатита В или С
   в) значительные размеры варикозных узлов
   г) высокая степень портальной гипертензии

3. Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?

а) пожилой возраст больного
б) наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита
в) прием НПВС
г) высокая секреция соляной кислоты

4. От каких факторов зависит цвет рвотных масс при желудочнокишечном кровотечении?
а) локализации источника кровотечения;
б) состояния моторики желудочно-кишечного тракта;
в) уровня секреции соляной кислоты;
г) быстроты развития кровотечения

5. Показания для открытого хирургического вмешательства при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются
а) профузное кровотечение
б) рецидив кровотечения
в) гемодинамически нестабильный пациент
г) неудачная попытка эндоскопической остановки
д) кровотечения

6. Самым частым осложнением стрессовой язвы желудка является
а) кровотечение
б) перфорация
в) пенетрация
г) малигнизация

7. Риск рецидива кровотечения из язвы желудка оценивают по уровню гемоглобина
а) длительности язвенного анамнеза
б) данным эзофагогастродуоденоскопии
в) выраженности реакции кала на скрытую кровь
г) волемическому статусу пациента

8. К пострезекционным синдромам относятся
а) синдром малого желудка
б) демпинг-синдром
в) синдром приводящей петли
г) желчный гастрит культи
д) сахарный диабет
е) желчнокаменная болезнь

9. Для демпинг-синдрома характерна следующая клиническая симптоматика
а) слабость после приема пищи
б) диарея

в) тошнота
г) рвота
д) брадикардия
е) тахикардия

10. В какой срок наступают необратимые некробиотические изменения кишечника при полном прекращении мезентериального кровотока у пациентов со странгуляционной кишечной непроходимостью?

а) через 12 часов
б) через 2 часа
в) через 6 часов
г) через 24 часа

11. В каком месте рекомендовано осуществлять энтеротомию при острой желчнокаменной кишечной непроходимости?

а) на уровне места обструкции
б) проксимальное места обструкции
в) дистальнее места обструкции
г) операция при желчнокаменной кишечной непроходимости
д) никогда не предусматривает выполнение энтеротомии

12. В чем заключается польза неоперативного лечения больных с острой кишечной непроходимостью?

а) позволяет избежать операции у 50-90% пациентов со спаечной кишечной непроходимостью

б) отсрочка операции у пациентов с острой странгуляционной спаечной непроходимостью

в) меньшая длительность стационарного лечения по сравнению с оперированными больными

г) более низкая летальность и частота осложнений по сравнению с оперированными больными

13. Выберите наиболее предпочтительный вариант лечения пациента с заворотом сигмовидной кишки без очевидных признаков ишемии кишки и перитонита

а) расправление заворота с трансанальной декомпрессией кишки

б) эндоскопическая деторсия заворота

в) сегментарная резекция кишки с первичным межкишечным анастомозом

г) обструктивная резекция кишки с выведением колостомы

14. При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с её некрозом, наиболее оправданной операцией будет

а) резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»

б) деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну

в) обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы

г) деторсия кишки и сигмопексия

д) левосторонняя гемиколэктомия

15. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется

а) появлением выпота в брюшной полости

б) скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника

в) наличием свободного газа в брюшной полости

г) скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника

д) перфорацией кишки и развитием калового перитонита

16. Дайте корректное определение ранней спаечной кишечной непроходимости

а) спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие сутки после абдоминальной операции

б) спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 недель после абдоминальной операции

в) спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 месяцев после абдоминальной операции

г) спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие 7 суток после абдоминальной операции

17. Дайте определение термина «кишечная непроходимость»

а) механическая обструкция тонкой кишки

б) функциональная или механическая обструкция тонкой или толстой кишки

в) функциональная обструкция тонкой или толстой кишки

г) механическая обструкция тонкой или толстой кишки

18. Проба с контрастного препарата при острой кишечной непроходимости позволяет оценить

а) эффективность консервативной терапии при острой спаечной тонкокишечной непроходимости

б) пассаж контрастного вещества по тонкой кишке

в) эффективность консервативной терапии при острой обтурационной толстокишечной непроходимости

г) поступление контрастного вещества в толстую кишку

19. КТ-симптомами, указывающими на механический характер кишечной непроходимости, являются

а) симптом «точки перехода»

б) наличие проксимальных расширенных и дистальных спавшихся отделов тонкой кишки

в) лимфаденопатия брюшной полости

г) симптом «тонкокишечных фекалий»

20. При сомнительной жизнеспособности кишки, но без очевидных доказательств ее необратимого ишемического повреждения должна быть выполнена

а) обструктивная резекция кишки с последующей программированной релапаротомией и реконструктивной операцией через 24-36 часов

б) повторная операция с оценкой жизнеспособности кишки через 24 - 36 часов

в) резекция кишки с наложением первичного анастомоза

г) обструктивная резекция кишки с постоянной кишечной стомой

21. Какие инструментальные методы применяются для диагностики неопухолевой кишечной непроходимости?

а) УЗИ брюшной полости б) КТ брюшной полости

в) эндосонография панкреатобилиарной зоны

г) обзорная рентгенография брюшной полости

д) реовазография

22. Какие клинико-лабораторные признаки являются показанием к операции на фоне длительного неоперативного лечения пациентов с кишечной непроходимостью?

а) сброс по назогастральному зонду более 500 мл к 3-м суткам терапии

б) удвоение показателей креатинина крови

в) отхождение стула и газов

г) сохраняющийся высокий уровень лактата крови на фоне адекватной инфузионной терапии

д) удвоение показателей билирубина крови

23. Какие мероприятия включает неоперативное лечение кишечной непроходимости?

а) рассечение внутрибрюшных спаек

б) профилактика осложнений и контроль показателей гомеостаза

в) введение в назогастральный зонд 100-150 мл контрастного препарата

г) инфузионная терапия

д) назогастральная декомпрессия

е) стимуляция кишечной моторики

24. В какой ситуации лечение кишечной непроходимости рекомендовано начинать с неоперативного?

а) всем пациентам с кишечной непроходимостью старше 70 лет

б) неоперативное лечение у пациентов с кишечной непроходимостью противопоказано

в) всем пациентам с кишечной непроходимостью

г) стабильным пациентам без признаков кишечной ишемии и перитонита

25. Наиболее характерным УЗ-признаком острой кишечной непроходимости является

а) дилатация кишки с формированием уровней жидкости

б) «маятникообразное» движение содержимого кишки с расширением ее просвета

в) наличие свободной жидкости в брюшной полости

г) пневматизация петель кишечника

26. Первичный Рг/КТ-контроль динамики пассажа контрастного препарата у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью проводят после введения в срок не ранее

а) 8 часов

б) 12 часов

в) 24 часов

г) 36 часов

д) 2 часов

27. Назовите тактику хирурга при выявлении странгуляции у пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью?

а) срочная операция

б) консервативная терапия

в) динамическое наблюдение

г) экстренная операция

28. В случае прекращения пассажа контрастного вещества по кишечнику на обзорной рентгенографии брюшной полости можно думать

а) об отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии

б) о положительном эффекте от консервативной терапии

в) о наличии частичной кишечной непроходимости

г) о наличии полной кишечной непроходимости

29. Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырём и

а) двенадцатиперстной кишкой

б) тощей кишкой

в) слепой кишкой

г) малой кривизной желудка

30. Возможными причинами функциональной (динамической) кишечной непроходимости являются

а) прием опиоидов

б) уремия
в) прием антигистаминных препаратов
г) прием антихолинергических препаратов
д) прием М-холинолитиков
е) прием блокаторов Н2-рецепторов

31. Клинико-лабораторными критериями, свидетельствующими о необходимости отказа от консервативного лечения острой кишечной непроходимости в пользу оперативного вмешательства, являются
а) появление или нарастание признаков системной воспалительной реакции
б) снижение показателей лактата сыворотки крови
в) появление органной дисфункции
г) нарастание интенсивности болевого синдрома
д) снижение интенсивности болевого синдрома

32. Лабораторными признаками, указывающими на интестинальную ишемию, являются
а) высокий уровень лактата крови
б) лейкоцитоз
в) низкий уровень лактата крови
г) лейкопения
д) ацидоз
е) алкалоз

33. Показаниями к экстренному оперативному лечению острой кишечной непроходимости являются
а) длительность заболевания более суток
б) перитонит
в) странгуляционная кишечная непроходимость
г) спастическая кишечная непроходимость

34. Характерными КТ-признаками странгуляционной кишечной непроходимости являются
а) повышенное накопления контрастного вещества кишечной стенкой
б) «замкнутая» петля кишки
в) отек брыжейки кишки
г) снижение накопления контрастного вещества кишечной стенкой
д) газ в ветвях воротной вены

35. Проба с контрастным препаратом при острой спаечной тонкокишечной непроходимости подразумевает
а) введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики причины кишечной непроходимости
б) оценка пассажа контрастного вещества по тонкой кишке

в) введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики странгуляции

г) введение контрастного вещества per rectum

36. Укажите рекомендованный вариант проведения пробы с контрастным препаратом при кишечной непроходимости

а) водорастворимый контрастный препарат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально

б) водорастворимый контрастный препарат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально

в) бария сульфат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально

г) бария сульфат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально

37. Что является абсолютным противопоказанием к проведению лапароскопического адгезиолизиса при острой спаечной тонкокишечной непроходимости?

а) наличие более 2-х операций в анамнезе

б) наличие срединной лапаротомии в анамнезе

в) риск развития сердечно-легочной недостаточности на фоне карбоксиперитонеума

г) наличие разлитого перитонита в анамнезе

38. В каком случае стентирование рассматривают, как окончательный этап лечения обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии?

а) при невозможности выполнения резекции пораженного участка кишечника

б) при отказе пациента от выведения колостомы

в) при выполнении стентирования как этапа подготовке к резекционному вмешательству

г) при необходимости проведения химиолучевой терапии

40. В ходе лапаротомии и ревизии по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости, развившейся из-за циркулярной опухоли дистального отдела сигмовидной кишки, ошибочным является выполнение

а) операции Гартмана

б) резекции сигмовидной кишки с формированием анастомоза

в) брюшно-анальной резекции прямой и сигмовидной кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

г) формирование колостомы на вышележащих отделах толстой кишки

д) стентирования опухоли

41. Возможным осложнением стентирования опухолевой стриктуры толстой кишки непосредственно во время процедуры является

а) рецидив кишечной непроходимости

б) миграция стента
в) перфорация
г) кровотечение

42. Для каких клинических ситуаций характерны симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы?
а) илеоцекальная инвагинация
б) болезнь Гиршпрунга
в) кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью восходящей кишки
г) заворот сигмовидной кишки
д) кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью сигмовидной кишки
е) каловый камень прямой кишки

43. Для клинической картины острой обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии характерны
а) появление тошноты и рвоты на поздних сроках заболевания
б) медленное развитие
в) появление тошноты и рвоты на ранних сроках заболевания
г) выраженные постоянные боли
д) схваткообразные боли
е) быстрое начало

44. К операции в объёме удаления опухоли ободочной кишки при острой обтурационной кишечной непроходимости следует прибегать в следующих случаях
а) во всех случаях при выполнении лапаротомии
б) потенциальный риск неблагоприятного исхода этапного лечения превышает выгоду одноэтапного подхода
в) при наличии настоятельного пожелания пациента
г) в ситуациях, когда это необходимо для спасения жизни больного

45.Какие заболевания могут вызвать обтурационную непроходимость толстой кишки?
а) глистная инвазия
б) амебиаз
в) заворот сигмовидной кишки
г) болезнь Крона
д) опухоль сигмовидной кишки

46 Какие патофизиологические процессы приводят к секвестрации и скоплению жидкости и газа в просвете кишки при обтурационной кишечной непроходимости?
а) венозная недостаточность кровоснабжения кишечной стенки

б) артериальная ишемия кишечной стенки
в) резкое угнетение тканевой перфузии
г) перерастяжения кишечной стенки
д) транслокация кишечной флоры за пределы кишечной стенки

47. Какие факторы из перечисленных могут являться причиной развития паралитической кишечной непроходимости?
а) отравление свинцом
б) острый панкреатит
в) забрюшинная гематома
г) травма брюшной полости
д) перитонит

48. При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации следует выполнить
а) правостороннюю гемиколэктомию
б) операцию Гартмана
в) колэктомию
г) формирование цекостомы
д) формирование илеостомы

49. При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии компенсации следует выполнить
а) правостороннюю гемиколэктомию
б) операцию Гартмана
в) колэктомию
г) формирование цекостомы
д) формирование илеостомы

50. Клиническими проявлениями компенсированной опухолевой обтурационной кишечной непроходимости являются
а) периодически возникающая задержка стула
б) выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизации толстой кишки
в) периодически возникающее затруднение отхождения газов
г) выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости чаш Клойбера
д) выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости единичных уровней жидкости

51. Оптимальным сроком для применения метода стентирования опухолевой стриктуры от момента начала манифестирующей клинической картины острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой

этиологии является

а) 3 – 4 сутки

б) 10 – 12 сутки

в) 12 – 14 сутки

г) 5 – 10 сутки

52. В каких ситуациях возможно изолированное консервативное антибактериальное лечение при остром аппендиците?

а) острый аппендицит с исходом в аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования

б) при отказе пациента от предложенной операции

в) в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах

г) при наличии отграниченного периаппендикулярного абсцесса

д) при любой форме острого неосложненного аппендицита

53. Во время неотложной лапароскопии, предпринятой по поводу подозрения на острый аппендицит, обнаружен не удлиненный, не утолщенный червеобразный отросток иссиня-белесого цвета, свободно свисающий на инструменте. Ваши дальнейшие действия

а) отказ от аппендэктомии и дальнейшей ревизии органов брюшной полости

б) лапароскопическая аппендэктомия

в) дальнейшая ревизия органов брюшной полости с последующей лапароскопической аппендэктомией

г) отказ от аппендэктомии, дальнейшая ревизия органов брюшной полости

54. Рекомендованными методами диагностики у беременных с подозрением на острый аппендицит являются

а) эндоскопическая ультрасонография слепой кишки

б) МРТ органов брюшной полости

в) обзорная рентгенография брюшной полости

г) УЗИ органов брюшной полости

д) КТ органов брюшной полости

55. Выберите факторы риска развития послеоперационного абсцесса у больных, оперированных по поводу острого аппендицита

а) ожирение

б) женский пол

в) разлитой фибринозно-гнойный перитонит

г) перфорация аппендикса

д) продолжительность операции более 90 минут

56. Для острого аппендицита характерны следующие симптомы

а) локальная боль в правой подвздошной области

б) появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке

в) появление боли в области правого подреберья при легком поколачивании внутренним краем кисти по реберной дуге справа

г) тошнота и однократная рвота

д) смещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область в первые часы после начала заболевания

е) появление локальной болезненности в левой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке

57. Для течения острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте характерны

а) более частая встречаемость первично-гангренозной формы

б) стертая клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации

в) частое абортивное течение с быстрым купированием при консервативном лечении

г) более быстрое развитие осложнений

д) преобладание болевого синдрома и слабая выраженность интоксикации

58. Оптимальный срок от установления диагноза острого аппендицита до оперативного вмешательства у пациента без органной дисфункции

а) не более суток

б) не более 2 часов

в) 6 - 12 часов

г) 2 - 6 часов

59. Оптимальным способом обработки брыжейки червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является

а) пересечение острым путем

б) пересечение при помощи монополярной электрокоагуляции

в) поэтапное лигирование и пересечение

г) клипирование и пересечение

60. Оптимальным объемом операции у пациента с острым флегмонозным аппендицитом является

а) лапароскопическая аппендэктомия дренирование брюшной полости

б) традиционная аппендэктомия из срединного лапаротомного доступа

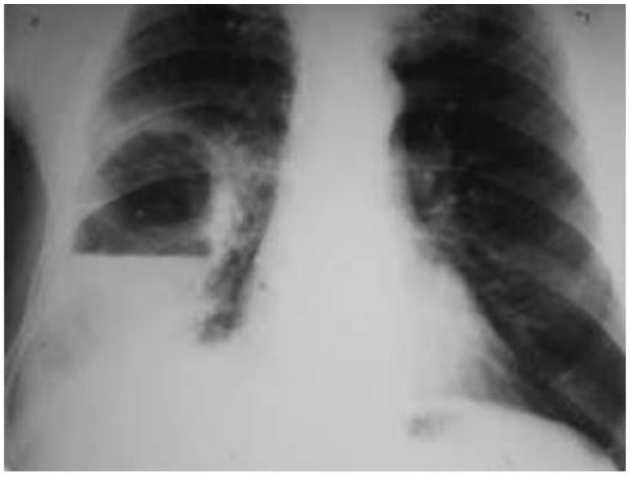
в) традиционная аппендэктомия из доступа по Волковичу Дьяконову

г) лапароскопическая аппендэктомия

Примерные ситуационные задачи для проведения государственной итоговой аттестации

Ситуационная задача 1

Больной 55 лет после переохлаждения отметил повышение температура тела до 38,7°С, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании. В последующем присоединился кашель, выделения мокроты не отмечал. Через 8 дней после начала заболевания при сильном кашле выделилось около 100 мл гнойной зловонной мокроты. В связи с чем, обратился за медицинской помощью. Выполнена рентгенография легких.



Задания:

1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз
3. План дообследования
4. Тактика лечения

Ситуационная задача 2

У больной 45 лет спустя 7 дней после холецистэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозного холецистита, появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье, отмечено повышение температуры до 38,0°С, общая слабость. Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. В правом подреберье нечетко пальпируется малоподвижный, болезненный инфильтрат, мягкоэластической консистенции, определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Перистальтика выслушивается, не усилена. Признаков воспаления послеоперационной раны нет. В анализе крови лейкоциты - 18,0 × 109/л. При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что в проекции ложа желчного пузыря определяется жидкостное образование объемом до 18 см3, с четкими границами (см. рисунок). Внутрипеченочные желчные протоки и гепатикохоледох не расширены.



Задания:

1. Какие осложнения после холецистэктомии могут быть?
2. Предварительный диагноз
3. План дообследования
4. Определите оптимальную тактику лечения данной пациентки.

Ситуационная задача 3

В клинику поступила больная К., 62 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что пациентка заболела пять дней тому назад, когда после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье, слабость, тошнота. В последние два дня склеры глаз и кожный покров приобрели желтушный оттенок, отметила потемнение мочи, осветление кала. Объективно: Состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7°С. Расчёсов на коже нет. Склеры глаз и кожа желтушной окраски. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, желчный пузырь и селезёнка не пальпируются. При УЗИ брюшной полости установлено: печень в размерах не увеличена, однородной структуры; желчный пузырь небольших размеров, содержит конкременты; толщина стенки желчного пузыря 3 мм; гепатикохоледох - см. рис.



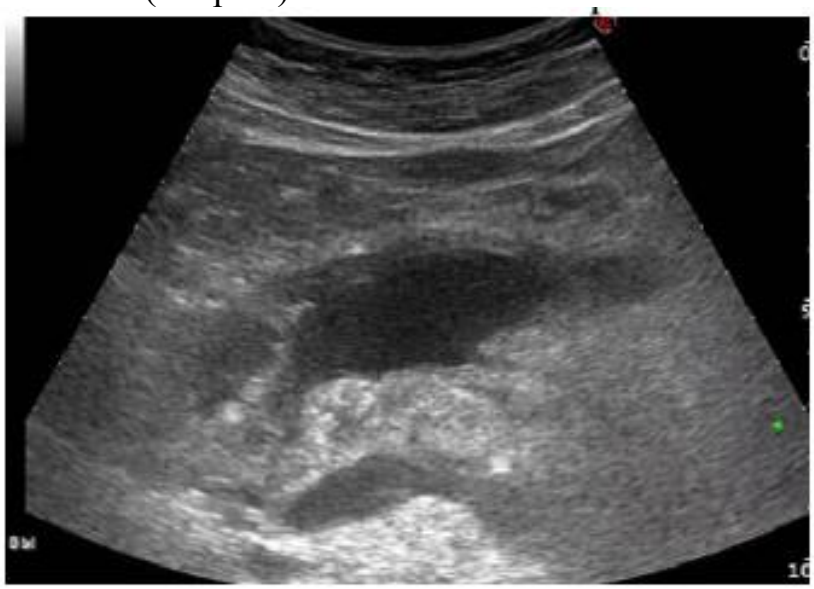
Задания:

1. Опишите сканограмму.
2. Сформулируйте диагноз
3. Какие инструментальные и лабораторные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?

4. Определите тактику лечения данной пациентки.

Ситуационная задача 5

Больная В., 47 лет, поступила в отделение для выполнения плановой лапароскопической холецистэктомии. При осмотре в отделении – кожный поров и видимые слизистые субиктериные. ЧДД 17 в мин. ЧСС 74 в мин. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; симптомы Ортнера, Кера и Мерфи отрицательные. Перитонеальных симптомов нет. Из анамнеза известно, что около 2-х месяцев назад стационарное лечение по поводу холедохолитиаза, механической желтухи. По УЗИ – расширение холедоха до 15 мм, в дистальном отделе конкремент до 11 мм. Выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, симптом Воскресенского положительный. Выполнено контрольное УЗИ (см. рис.)



Задания: 1. Какое осложнение развилось у больной?

2. Опишите изменения, выявленные по данным УЗИ.

3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?

4. Какой должна быть лечебная тактика?

Ситуационная задача 6

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающей хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время. При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст. Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голенях. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется

на всем протяжении.



Задания: 1. Опишите результат исследования.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Какие методы дообследования необходимо произвести?

4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 7

Пациент П., 50 лет, госпитализирован в плановом порядке в стационар. Жалобы на боли в правой нижней конечности при ходьбе до 20 м, периодически - в покое. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение длительного времени, постепенно отмечал уменьшение расстояния безболевой ходьбы. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст. Вредные привычки: табакокурение. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в мин. ЧСС 135 в мин. АД 140/80 мм рт.ст. Сосудистый статус: Обе нижние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Пульсация артерий нижних конечностей слева отчетливая на всех уровнях, справа определяется на общей бедренной артерии, дистальнее не определяется.

Задания: 1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначайте методы обследования необходимо назначить для верификации диагноза.

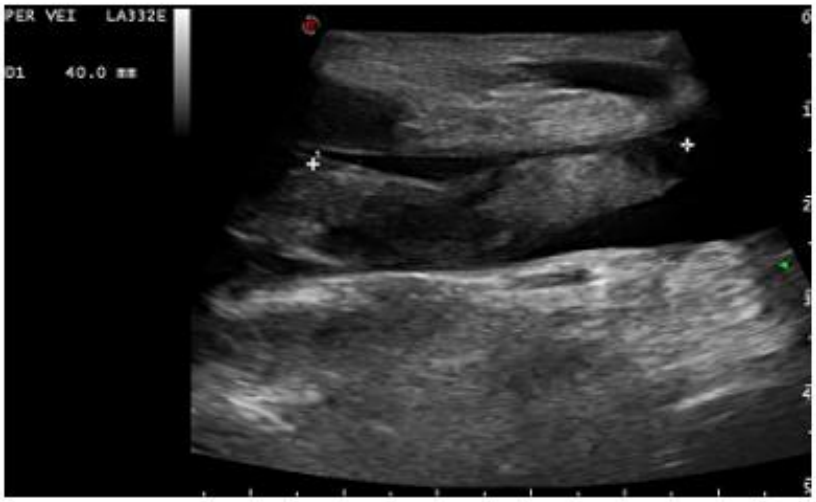
3. Тактика лечения.

4. Показания к операции и варианты хирургического пособия?

Ситуационная задача 8

Пациент М., 70 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на боли, отек в правой нижней конечности в течении 5 дней. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа. Вредные привычки: отрицает. В анамнезе 3 месяца назад перелом голени справа. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в

мин. ЧСС 76 в мин. АД 150/80 мм рт.ст. Сосудистый статус: Обе нижние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Отек правой голени +2,0 см, на бедре отека нет. Пульсация артерий нижних конечностей отчетливая на всех уровнях с обеих сторон.



Задания: 1. Опишите результат УЗ-исследования (см. рис.).

2. Сформулируйте основной диагноз

2. Назначайте дополнительные методы обследования для верификации диагноза

3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 9

У больного 58 лет за шесть часов до поступления в клинику внезапно появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, была многократная рвота. Стул был за несколько часов до заболевания. В анамнезе: 7 дней назад перенес оперативное лечение по поводу пупочной грыжи, диастаза прямых мышц живота (IPOM); выписан на 4 сутки. Объективно: Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, бледен, пульс 110 в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, живот умеренно вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, перкуторно над которым определяется тимпанит. Перистальтика кишечника ослаблена.



Задания: 1. Опишите изменения на КТ-граммах.
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Необходима ли предоперационная подготовка больному?

Ситуационная задача 10 Больной У., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, произведена резекция желудка. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Обычного питания. Определяется красный дермографизм. Пульс 70 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальных Дизурических расстройств нет. симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт.ст., тахикардия до 90 в мин.

Задания: 1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлено развитие подобной симптоматики?
3. Лечебная тактика в данной ситуации?
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 11

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье. Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекла, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья,

температура тела повысилась до 38°С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°С, появились головные боли и сухость во рту. При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные. Температура тела 39,5°С. Пульс 110 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Задания: 1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?

3. Лечебная тактика в данной ситуации.

4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 12

Больная П., 48 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний – язвенная болезнь желудка. При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Перистальтика резко ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Стула не было в течение 10 дней. ОАК: Эритроциты 2,1х1012/л, НЬ - 50 г/л. ЭГДС - в желудке большое количество содержимого, в антральном отделе резкое сужение, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось.

Задания: 1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?

3. Лечебная тактика в данной ситуации.

4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 13

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Температура 38,4°С. ЧДД 20 в мин. В легких: резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы. Пульс до 94 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот не

вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Задания: 1. Чем обусловлено развитие подобной симптоматики?

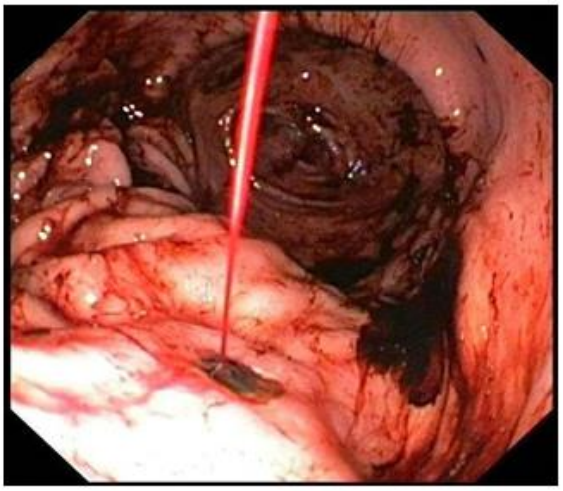
2. Сформулируйте диагноз.

3. Лечебная тактика в данной ситуации?

4. Какие факторы привели к развитию данного состояния?

Ситуационная задача 14

Больной С., 32 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на многократную рвоту «кофейной гущей», слабость, головокружение, жажду. В анамнезе язвенная болезнь, настоящее обострение в течение 2-х дней, боли в эпигастрии купировались самостоятельно утром. При осмотре: кожный покров бледный. ЧДД 20 в мин. Пульс 96 уд. В мин. АД 110/60 мм рт.. ст. Животе не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Перитонеальных симптомов нет. Ректально – геморроидальные узлы, на перчатке следы кала черного цвета.



Задания: 1. Какое заболевание и осложнение можно предположить у больного?

2. Сформулируйте диагноз с учетом результатов эндоскопического исследования (см. рис.)?

3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

4. Тактика лечения.

Перечень вопросов для проведения государственной итоговой аттестации

1. Общие вопросы организации хирургической помощи в Российской Федерации.
2. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Права пациента. Врачебная тайна. Информация о состоянии здоровья пациента.
3. Согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства.

4. Врачебные ошибки. Пути уменьшения врачебных ошибок. Роль официальных рекомендаций и стандартов лечения.

5. Амбулаторно-поликлиническая и стационарная медицинская помощь. Методология постановки клинического диагноза. Особые диагностические приемы. Диагностическая программа.

6. Рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Диагностические возможности и показания к применению.

7. Прогнозирование риска хирургического вмешательства и профилактика осложнений.

8. Защита пациента от инфекции при проведении хирургического вмешательства. Профилактика профессионального заражения в хирургии. Пути передачи вирусных инфекций. Универсальная предосторожность при возможном контакте с кровью.

9. Оценка степени риска тромбоэмболических осложнений. Методы профилактики острого венозного тромбоза. Выбор метода профилактики.

10. Здоровый образ жизни. Методы формирования. Принципы профилактики хирургических заболеваний у населения.

11. Экспертиза нетрудоспособности. Порядок проведения экспертизы. Показания к направлению на медико-социальную экспертизу.

12. Медицинская реабилитация пациентов с хирургическими заболеваниями. Показания и противопоказания к проведению реабилитации.

13. Методы анестезии. Выбор способа анестезии. Оценка интенсивности боли. Методы послеоперационного обезболивания.

14. Защитно-приспособительные реакции организма при кровотечении. Диагностика острых кровотечений. Определение тяжести кровопотери. Восполнение кровопотери.

15. Шок: причины, патогенез, стадии. Диагностические исследования и мониторинг. Общие принципы лечения.

16. Инфузионная терапия. Показания, выбор препаратов, осложнения и их профилактика. Оценка состояния питания пациента. Стратегия нутритивной поддержки. Искусственное энтеральное питание. Питательные смеси. Парентеральное питание. Препараты для парентерального питания.

17. Правила переливания крови. Интраоперационная реинфузия крови. Посттрансфузионные осложнения и их профилактика.

18. Хирургическая инфекция и сепсис. Экзогенная, эндогенная и госпитальная инфекция. Местные и системные воспалительные реакции. Диагностика и лечение сепсиса.

19. Патогенез эндогенной интоксикации. Физиологические механизмы детоксикации. Методы устранения источника интоксикации. Стимуляция естественных путей детоксикации. Искусственные методы детоксикации.

20. Оценка риска септических осложнений и определение показаний к антибактериальной профилактике. Выбор антибактериального препарата для профилактики. Режим профилактики антибиотиками.

21. Лучевые методы диагностики и их значение в диагностике хирургических заболеваний. Особенности исследований, подготовки к ним, возможные диагностические ошибки.

22. Концепция ускоренной реабилитации пациентов (Fast-track). Компоненты программы. Особенности ведения пациентов в периоперационном периоде.

23. Антимикробная терапия хирургических инфекций. Показания. Принципы лечения. Оценка эффективности. Продолжительность лечения. Побочные эффекты антимикробных препаратов, их профилактика и лечение.

24. Раны и раневая инфекция. Фазы течения раневого процесса. Основные принципы лечения ран. Хирургическая обработка раны. Профилактика столбняка.

25. Хирургические инфекции мягких тканей. Диагностика и лечение. Особенности диагностики и лечения некротических инфекций мягких тканей.

26. Острый абсцесс легкого. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Методы лечения.

27. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника, диагностика, лечение.

28. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

29. Острый гнойный плеврит. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, лечение.

30. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.

31. Легочное кровотечение. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Тактика лечения больных с легочным кровотечением.

32. Синдром Меллори-Вейса. Патогенез. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

33. Нервно-мышечные заболевания пищевода. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечебная тактика.

34. Кровотечения из язв желудка и 12-перстной кишки. Причины развития язв. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

35. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. Клиника, методы эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза. Показания к хирургическому лечению.

36. Пилородуоденальный стеноз. Классификация. Диагностика. Алгоритмы ведения пациентов в зависимости от стадии заболевания.

37. Пенетрация язв. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Тактика лечения.

38. Болезни оперированного желудка. Дифференциальный диагноз. Алгоритм лечения.

39. Хирургические осложнения рака желудка. Показания, особенности техники выполнения. Онкологические принципы радикального вмешательства.

40. Реабилитация пациентов после операции на желудке: диетические стратегии, коррекция нутритивной недостаточности. Выявление осложнений.

41. Перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Алгоритм лечения.

42. Острая кишечная непроходимость опухолевого генеза. Клиника. Диагностика. Особенности лечебной тактики в зависимости от локализации опухоли.

43. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Особенности патологии. Алгоритм диагностики и лечения.

44. Острая кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы диагностики.

45. Паралитическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

46. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Причины развития. Клиника, дифференциальная диагностика. Неоперативный менеджмент: показания, принципы.

47. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение понятия. Клиника и диагностика. Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения.

48. Странгуляционная кишечная непроходимость. Определение понятия и её виды. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Способы оперативного лечения. Определение жизнеспособности кишечника.

49. Острый аппендицит. Патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Особенности заболевания у беременных, пожилых и детей.

50. Острый аппендицит. Диагностика. Особенности хирургической тактики при различных формах острого аппендицита. Особенности ведения послеоперационного периода.

51. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Пути и методы профилактики послеоперационных осложнений.

52. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, тактика лечения.

53. Наружные кишечные свищи. Эпидемиология. Причины возникновения. Классификация. Диагностика. Особенности тактики в зависимости от локализации и вида кишечных свищей.

54. Кисты печени. Этиология, патогенез. Диагностика. Алгоритм лечения. Осложнения.

55. Абсцессы печени. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

56. Цирроз печени. Этиология, патогенез. Классификация портальной гипертензии. Принципы хирургического лечения.

57. Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Лечебная тактика. Осложнения желчнокаменной болезни.

58. Холедохолитиаз. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Механическая желтуха: причины, диагностика, хирургическая тактика. Методы хирургического лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом.

59. Холангит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

60. Холангиогенный сепсис. Патогенез. Холангиогенные абсцессы печени. Диагностика. Лечебная тактика.

61. Синдром Мириззи. Патогенез. Классификация. Тактика лечения. Особенности оперативных вмешательств.

62. Острый холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Особенности заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

63. Острый холецистит. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Оперативное лечение и его особенности у пациентов с острым холециститом.

64. Осложнения острого холецистита. Патогенез. Диагностика. Алгоритм лечения.

65. Постхолецистэктомический синдром. Патогенез. Клиническая картина. Лечебная тактика.

66. Повреждения внепеченочных желчных протоков. Причины, патогенез. Диагностика. Методы восстановления проходимости желчных протоков.

67. Полипы желчного пузыря: клиника, диагностика, тактика лечения.

68. Стриктуры желчных протоков. Клиника, диагностика, лечение.

69. Острый панкреатит. Этиологии заболевания, патогенез. Клиника. Алгоритм обследования больных. Инструментальные и лабораторные методы исследования.

70. Острый панкреатит. Классификация. Дифференциальная диагностика различных форм острого панкреатита. Причины диагностических ошибок.

71. Острый панкреатит. Оценка органной недостаточности. Консервативные методы лечения.

72. Панкреонекроз. Современные подходы к выбору лечебной тактики. Лечение панкреонекроза. Осложнения.

73. Осложнения панкреонекроза. Принципы диагностики и лечения в зависимости от вида. Исходы заболевания и реабилитация больных.

74. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Хирургическая тактика. Медицинская реабилитация.

75. Кисты поджелудочной железы: причины возникновения, клиническая картина, способы диагностики, методы лечения. Осложнения.

76. Кисты селезенки: причина, клиническая картина, диагностика и лечение.

77. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы.

78. Паховые грыжи. Классификация паховых грыж. Клиника, диагностика и хирургическое лечение паховых грыж. Варианты герниопластики при паховых грыжах. Скользящие грыжи, особенности операций при скользящих грыжах.

79. Пупочные грыжи. Клиника и диагностика. Особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки при пупочной грыже.

80. Грыжи белой линии живота. Клиника и диагностика. Особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки.

81. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология. Классификация. Клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, виды вмешательств.

82. Диафрагмальные грыжи. Этиология. Клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, виды вмешательств. Осложнения.

83. Бедренные грыжи: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.

84. Осложнения грыж. Виды осложнений. Клиническая картина. Алгоритмы диагностики. Лечебная тактика при самопроизвольном вправлении грыжи, мнимое вправление, ложное ущемление.

85. Ущемленная грыжа. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика и особенности оперативного лечения. Особенности лечебной тактики при флегмоне грыжевого мешка.

86. Послеоперационные вентральные грыжи: классификация, клиника, диагностика, лечение.

87. Перитонит. Определение понятия. Классификация. Понятие первичного, вторичного и третичного перитонита. Диагностика.

88. Местный перитонит. Этиология. Виды и особенности абсцессов брюшной полости. Клиническая картина и её особенности в зависимости от локализации.

89. Распространенный перитонит. Особенности патологического процесса в зависимости от источника перитонита и выраженности поражения брюшины. Лабораторная и инструментальная диагностика.

90. Перитонит. Дифференциальная диагностика, причины возникновения. Показания к проведению и объём предоперационной подготовки. Современные принципы комплексного лечения в послеоперационном периоде.

91. Перитонит. Особенности оперативного вмешательства. Выбор оптимального доступа, лапаростомии, проведению программных санаций. Послеоперационное ведение: антибактериальная терапия, иммуномодуляция, детоксикация, коррекция органной дисфункции по системам.

92. Понятие об абдоминальном сепсисе. Прогностическая балльная оценка. Органная дисфункция при перитоните.

93. Острый парапроктит. Этиология и патогенез. Классификация. Диагностика парапроктита. Методики хирургического лечения.

94. Хронический парапроктит. Этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

95. Геморрой. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Инструментальная диагностика. Осложнения. Лечебная тактика. Консервативное и хирургическое лечение.

96. Ишемический колит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Отдаленные осложнения. Лечебная тактика.

97. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, их диагностика и лечение.

98. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Осложнения (клиника, диагностика, лечение).

99. Болезнь Крона. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.

100. Осложнения воспалительных заболеваний кишечника. Виды, причина, клиническая картина. Диагностика. Алгоритм лечения.

101. Стомированный больной. Виды стом. Особенности ухода. Осложнения. Алгоритм выбора восстановительно-реконструктивных вмешательств на ободочной кишке.

102. Реконструктивные операции на ободочной кишке. Подготовка кишечника к операции и профилактика несостоятельности межкишечных анастомозов. Особенности послеоперационного ведения. Осложнения и их диагностика.

103. Спонтанный пневмоторакс. Этиология. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Тактика лечения.

104. Медиастинит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Виды операций.

105. Заболевания щитовидной железы. Особенности клинической картины. Диагностика. Лечение. Послеоперационные осложнения.

106. Хирургические аспекты лечения метаболического синдрома. Показания к оперативному лечению. Виды пособий. Осложнения.

107. Острые тромбозы в системе нижней полой вены. Клинические проявления и методы обследования. Тактика ведения пациента.

108. Тромбозы глубоких вен нижних конечностей. Дифференциальная диагностика. Осложнения венозного тромбоза. Медицинская реабилитация.

109. Тромбоз подкожных вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, тактика лечения. Особенности лечебно-диагностической тактики. Отдельные варианты тромбофлебита.

110. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Алгоритм диагностики и лечения. Методы профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий.

111. Аневризмы аорты и магистральных артерий. Этиология, патогенез. Скрининг, методы исследования. Лечебная тактика. Осложнения.

112. Осложнения аневризм аорты. Виды. Клиническая картина. Особенности лечения.

113. Лимфедема конечностей. Этиология. Патогенез и патофизиология нарушения. Классификация. Диагностика. Лечение.

114. Облитерирующий тромбангиит: определение, клиника, дифференциальная диагностика.

115. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, лечебная тактика.

116. Эмболии магистральных артерий: этиология, патогенез, классификация ишемии, диагностика, лечение.

117. Острые тромбозы магистральных артерий. Этиология, патогенез. Лечебная тактика. Реперфузионный синдром.

118. Острое нарушение мезентериального кровообращения: патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.

119. Послеоперационный период. Общая характеристика, фазы, нормальное течение и реактивные изменения в организме.

120. Осложненный послеоперационный период. Классификация осложнений. Причины возникновения. Мероприятия по профилактике. Ранняя диагностика и лечебная тактика.

121. Инфекция области хирургической операции. Определение. Классификация. Способы оценки. Алгоритм диагностики и лечения.

122. Ятрогения: виды, причины, меры преодоления.

123. Травмы грудной клетки. Классификация. Особенности клинической картины в зависимости от вида повреждения.

124. Повреждения сердца: классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.

125. Травма пищевода: патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.

126. Травмы живота. Классификация. Сочетанная и комбинированная травма. Особенности клинической картины в зависимости от вида повреждения.

127. Травма паренхиматозных органов: виды, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.

128. Травма полых органов: особенности повреждений, клинические проявления, диагностика, лечение.

129. Травмы и повреждения магистральных сосудов: клинические проявления, первая помощь, диагностика, лечебная тактика.

130. Боевые повреждения. Особенности боевых травм. Crush-синдром. Алгоритм первой помощи. Диагностика и лечения на этапах эвакуации.

131. Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное хирургическим заболеванием или состоянием на медико-социальную экспертизу.