

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский факультет
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

«29» 12 2025г.

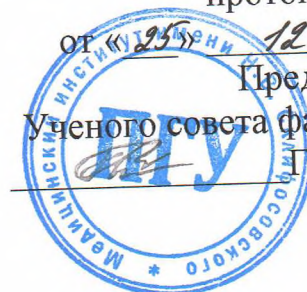


СОГЛАСОВАНО

Ученым советом факультета
протокол № 5

от «25» 12 2025г.

Председатель
Ученого совета факультета
Г.Н.Самко



ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского
профессионального образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Квалификация выпускника: врач-челюстно-лицевой хирург

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 29 июня 2026г. по 11 июля 2026г.

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы высшего образования- программы ординатуры по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 169 от 26.02.2024г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры»)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии протокол № 4 от «25» ноября 2025 г.

Заведующий кафедрой Хирургии _____ А.А. Ботезату

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

« 4 » 12 2025 г. протокол № 5

Председатель УМК _____ И.Б. Левицкая

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

« 25 » 12 2025 г. протокол № 5

Председатель УС _____ Г.Н. Самко

Программу составили:

Ассистент

_____ Горшков Н.И.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия».

Задачи:

установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»

— характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач - хирург).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» завершается присвоением квалификации " врач-челюстно-лицевой хирург".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1; б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;

Профессиональные компетенции (ПК):

а) профилактическая деятельность:

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 - ПК1;

2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;

4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;

б) диагностическая деятельность - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;

в) лечебная деятельность:

1) готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи - ПК6;

2) готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;

г) реабилитационная деятельность - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;

д) психолого-педагогическая деятельность - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;

е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4. Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1. Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе послевузовского профессионального образования- программы ординатуры 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоёмкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов)

- сдачу государственного экзамена.

4.3. Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование проводится для получения результатов освоения образовательной программы, которых имеют определяющее значение в дальнейшей профессиональной деятельности, а также для получения сертификата специалиста с целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности. Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа). Тестирование проводится в ручную на бумажных носителях распечатанных для каждого обучающегося.

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из ответов на вопросы по практическим навыкам и умениям, приобретенным в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Челюстно-лицевая хирургия с целью определения сформированности профессиональных компетенций обучающегося, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА обучающемуся выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирования	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7 ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться за 6 месяцев с программой ИГА.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, в период практической подготовки ординаторов на базе практики.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по ятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых

компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Челюстно-лицевая хирургия / М.: Гэотар-Медиа, 2012. — 322 с. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F.pdf>

2. Хирургическая стоматология: учебник. Афанасьев В.В. М.: Гэотар-Медиа, 2011 <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%D0%92%D0%92%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0.pdf>

3. История медицины: учебник Ю. П. Лисицын М.: Гэотар-Медиа, 2011 https://api.libraryysu.kg/elibrary/books/Lisitsyn_Yu_P_Istoria_meditiny1111.pdf

4. Варламов П.Г., Михайлова Р.И. Материаловедение в ортопедической стоматологии. Якутск Издательство СВФУ, 2012 <https://nlrs.ru/to-readers/segments/sci/open/116885>

5. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология / М.: Гэотар-Медиа, 2012. — 322 с. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F.pdf>

6. Е.В. Боровский. Хирургическая стоматология. / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г

Дополнительная литература:

1. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки. Абдурахманов А.И. Материаловедение и технология в ортопедической стоматологии. М.: Медицина, 2001 <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/O'zbek%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%95%D0%92%D0%91%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0>

[%B8%D0%B9 %D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F %D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_2011_829_%D1%81_.pdf](#)

2. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультативный курс) 6-е изд. - СПб.: Фолиант, 2002. -156с.

3. Ломиашвили Л.М., Аюпова Л.Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. – М.: Медицинская книга, 2004. – 328с.
<https://bmeda.edu.ge/books/74936bbf0ea2e9127fb82c421a8cc60d300.pdf>

4. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М. и др. Ортопедическая стоматология. Прикладное материаловедение. –СПб.: СпецЛит, 2003.

5. Поюровская И.Я. Стоматологическое материаловедение: учебное пособие. 2008. - 192 с..

6. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 частях. Ч. 3. Заболевания слизистой оболочки полости рта, – под ред. проф. Г. М. Барера. - Москва: ГЭОТАР-Медиа. – 2010- - 245 с. https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%9C%D0%91%D0%B0%D1%80%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%A2%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D0%B2%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_2.pdf

7. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: Руководство для практических врачей / Под редакцией Г.М. Барера, Е.В. Зорян. – М., Литтера, 2006 г. с 176.

8. Запись и ведение истории болезни: Практическое руководство. Афанасьев В.В, Барер Г.М., Ибрагимов Т.И. – М., ФГОУ ВУНМЦ Росздрава, 2006 г., 320 с.

<https://k.twirpx.link/file/1547514/>

9. Курякина Н.В. Заболевания пародонта /Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 250с. С. 5 – 25.

10. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология. Практическое руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011 <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%A1%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%D0%92-%D0%92-%D0%90%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%8C%D0%B5%D0%B2%D0%B0-%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0%202023.pdf>

10. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003

11. В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000

12. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007 <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970405055.html>

13. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004

14. Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003

Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ М.: Медицина, 2003

15. В.М. Безрукава, Т.Г. Робустова. Том 1, 2. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ М.: Медицина, 2000

16. В. И. Стош, С.А. Рабинович. Общее обезболивание и седация в детской стоматологии: руководство для врачей / Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007 <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970405055.html>
17. Ю.Г. Кононенко. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии/ М.: Книга плюс, 2004
18. Л.В. Харьков и др. Справочник хирурга стоматолога / М.: Книга плюс, 2003

1. Учитывая локализацию межрёберного сосудисто-нервного пучка, пункцию плевральной полости безопаснее проводить: а) во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; б) в 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра; в) в 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра.
2. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить: а) обзорную рентгенографию брюшной полости; б) контрастное рентгенологическое исследование культи желудка; в) ФГДС; г) УЗИ брюшной полости; д) лапароскопию.
3. Для лечения гиповолемии вначале используют: а) вазопрессоры; б) кардиотонические средства; в) плазмозаменители; г) эритромассу; д) донорскую кровь.
4. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери: а) показатели гемоглобина, числа эритроцитов; б) показатели пульса и артериального давления; в) бледность кожных покровов; г) коллапс; д) дефицит глобулярного объема.
5. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается: а) с противовоспалительного лечения; б) с вагосимпатической блокады; в) с плевральной пункции; г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости; д) с торакотомии.
6. Наиболее глубокие ожоги пищевода вызываются: а) кислотами; б) щелочами; в) суррогатами спирта; г) фосфорорганическими соединениями; д) горячей водой.
7. Маршевая проба проводится с целью выявления: а) несостоятельности коммуникантных вен; б) проходимости глубоких вен нижних конечностей; в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях; г) тромбоза подколенной артерии; д) острого тромбоза.
8. Операция Кокетта заключается: а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; б) в удалении подкожных вен с помощью зонда; в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен; д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.
9. Операция Маделунга заключается: а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени; б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; в) в удалении подкожных вен с помощью зонда; г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.
10. Секретин образуется: а) в двенадцатиперстной кишке; б) в печени; в) в поджелудочной железе; г) в дистальных отделах тонкой кишки; д) в гипоталамусе.
11. 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.
12. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает: а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости; б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара; в) поставить очистительную клизму; г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром; д) назначить теплую ванну.
13. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию: а) Бассини; б) Мартынова; в) Жирара-Спасокукоцкого; г) Руджи-Парлавецchio; д) Ру.
14. При дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть: а) к трансиллюминации и пальпации; б) к пункции; в) к перкуссии; г) к аускультации; д) к пальцевому исследованию прямой кишки.
15. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются: а) со слизистого слоя; б) с подслизистого слоя; в) с мышечного слоя; г) с серозного слоя; д) с серозного слоя.

16. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет: а) 16 единиц; б) 32 единицы; в) 64 единицы; г) 128 единиц; д) 256 единиц.
17. Перемежающую желтуху можно объяснить: а) камнем в пузырном протоке; б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока; в) вклиненным камнем большого дуоденального сосочка; г) вентильным камнем холедоха; д) опухолью внепеченочных желчных протоков.
18. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются: а) при остром деструктивном холецистите; б) при заползании аскарид во внутрипеченочные желчные протоки; в) при нагноении вокруг инородного тела печени; г) при нагноении паразитарной кисты печени; д) при тяжелом гнойном холангите.
19. Наибольшее нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место: а) при спасочной кишечной непроходимости; б) при обтурационной кишечной непроходимости; в) при странгуляционной кишечной непроходимости; г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости; д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости.
20. Синдром Меллори-Вейса это: а) разрыв слизистой кардиального отдела желудка; б) наличие «зеркальных» язв; в) стеноз привратника; г) повреждение слизистой антрального отдела желудка; д) стойкий спазм кардиального сфинктера.
21. При наличии нежизнеспособной петли тонкой кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние: а) 5-10 см; б) 15-20 см; в) 25-30 см; г) 40-50 см; д) 60-70 см.
22. Узлообразование чаще наблюдается между: а) прямой и тонкой кишкой; б) нисходящей и сигмовидной кишкой; в) сигмовидной и тонкой кишкой; г) петлями тонкой кишки; д) слепой и тонкой кишкой.
23. У больного после резекции желудка возникла рвота типа «кофейной гущи». Ваша тактика: а) повторная лапаротомия; б) переливание эритроцитной массы; в) введение аминокислот и хлористого кальция; г) промывание желудка; д) промывание желудка и фиброгастроскопия.
24. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика: а) удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса; б) отграничивание инфильтрата тампонами и ушивание брюшной полости; в) дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом; г) новокаиновая блокада по Школьникову; д) лапаротомия, дренирование полости абсцесса.
25. При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится: а) пункция образования; б) сканирование изотопом галлия; в) лечение антибиотиками; г) ирригоскопия; д) операция.
26. При завороте желудка необходимо произвести: а) резекцию желудка; б) разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине; в) разворачивание заворота и назогастральное дренирование; г) разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию; д) будете лечить больного консервативно.
27. При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит: а) доступ по Кохеру, Федорову; б) торакоабдоминальный доступ; в) доступ по Черни; г) срединная лапаротомия; д) поперечная лапаротомия.
28. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется: а) механической желтухой; б) икотой; в) гнойным холангитом; г) желчеистечением; д) рвотой желчью.
29. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется: а) низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия; б) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлса; в) петлевая сигмостомия и химиотерапия; г) низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени; д) петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапия.
30. При переломах костей локтевого сустава при транспортировке больного необходима: а) повязка Дезо; б) фиксация шиной Крамера; в) фиксация на шине ЦИТО; г) фиксация шиной Ситенко; д) торакобрахиальная повязка.

31. Первым признаком острой ожоговой токсемии является: а) анемия; б) нормализация диуреза; в) повышение температуры тела; г) диспротеинемия; д) снижение АД.
32. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно: а) пальцевого исследования прямой кишки; б) колоноскопии; в) аноскопии; г) ирригоскопии; д) ректороманоскопии.
33. После геморроидэктомии наиболее частыми осложнениями являются: а) выраженный болевой синдром; б) задержка мочеиспускания; в) перианальный отек; г) кровотечение; д) острый парапроктит.
34. Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации: а) алой крови на поверхности кала; б) темной крови со сгустками; в) мелены; г) смешанной крови и кала со слизью; д) алой крови со сгустками.
35. Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является: а) обзорная рентгенография мочевых путей; б) экскреторная урография; в) изотопная ренография; г) ультразвуковое исследование; д) паранефральная пункция.
36. Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является: а) ятрогенная травма; б) перелом костей таза со смещением; в) удар в живот при переполненном мочевом пузыре; г) падение с высоты; д) переполнение мочевого пузыря.
37. Возбудителем гидраденита чаще всего является: а) стрептококк; б) протей; в) стафилококк; г) синегнойная палочка; д) кишечная палочка.
38. При гнилостном парапроктите целесообразно применение: а) клафорана; б) гентамицина; в) вибрамицина; г) метрогила и клиндамицина; д) любого из перечисленных антибиотиков.
39. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются: а) пероральный; б) внутримышечный и внутривенный; в) внутривенный и эндолимфатический; г) внутрикостный и внутримышечный; д) эндолимфатический.
40. Для септикопиемии характерны: а) общая слабость, истощение организма; б) метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани; в) резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов; г) гектическая температура; д) относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.
41. Среди перечисленных антибиотиков наиболее сильно угнетает костный мозг: а) ампициллин; б) гентамицин; в) канамицин; г) левомецетин; д) кефзол.
42. Оптимальный возраст оперативного вмешательства при паховой грыже: а) 6 месяцев; б) 1 год; в) после установления диагноза; г) 3 года; д) 5 лет.
43. У ребенка аппендикулярный холодный инфильтрат, обнаруженный во время операции. Дальнейшая тактика предусматривает: а) разделение инфильтрата, аппендэктомию; б) применение марлевого тампона; в) применение резинового тампона; г) глухой шов раны, антибиотикотерапия и физиотерапия; д) выключение инфильтрата.
44. Ребенок в возрасте 3 лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ребенка следует: а) отпустить домой; б) госпитализировать; в) отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники; г) отпустить домой, рекомендации повторного осмотра при появлении болей в животе; д) отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники.
45. Нормальный размер парашитовидной железы составляет около: а) 2х1х0,5 мм; б) 3х2х1,5 мм; в) 4х2,5х2 мм; г) 6х3х1,5 мм; д) 7,5х5х3 мм.
46. Осложнением сахарного диабета является «диабетическая стопа», в возникновении которой играют роль такие факторы: а) хроническая диабетическая невропатия; б) атеросклеротическая обструкция артерий; в) бактериальная инфекция; г) хроническая диабетическая невропатия и бактериальная инфекция; д) хроническая диабетическая невропатия, атеросклеротическая обструкция артерий и бактериальная инфекция.

47. Под диабетической ангиопатией подразумеваем: а) генерализованное поражение кровеносных сосудов (крупного, среднего и мелкого калибра); б) поражение сосудов мелкого калибра; в) поражение сосудов среднего калибра; г) поражение сосудов крупного калибра; д) поражение сосудов мелкого и среднего калибра.
48. К облигатному предраку относится: а) неспецифический язвенный колит; б) болезнь Крона; в) гиперпластический колит; г) диффузный семейный полипоз; д) спастический колит.
49. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является: а) пожилой возраст; б) молодой возраст; в) активный туберкулез; г) гипертоническая болезнь; д) беременность.
50. Механизм действия антиметаболитов заключается: а) в реакции алкилирования молекул ДНК; б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты; в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы; г) в денатурация тубулина – белка микротрубочек; д) в образование сшивок молекул ДНК.
51. Эстрогены применяются: а) при раке предстательной железы; б) при злокачественной опухоли яичка; в) при раке яичников; г) при всех перечисленных опухолях.
52. Химиотерапия наиболее эффективна: а) при папиллярном раке щитовидной железы; б) при фолликулярном раке щитовидной железы; в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы; г) эффективность не зависит от морфологической структуры.
53. Определяющая роль в возрастании заболеваемости населения раком легких принадлежит: а) генетическому фактору; б) профессиональным вредностям; в) курению; г) загрязнению атмосферы; д) хроническим воспалительным заболеваниям.
54. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение: а) шейно-подключичных лимфоузлов; б) медиастинальных лимфоузлов; в) забрюшинных лимфоузлов; г) паховых лимфоузлов; д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой.
55. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является: а) тошнота и рвота; б) лейкопения; в) эритема кожи; г) выпадение волос; д) жидкий стул.
56. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют: а) о холедохолитиазе; б) о сальмонеллёзе желчного пузыря; в) о внутренней желчной фистуле; г) о желудочно-толстокишечной фистуле; д) о холецистите.
57. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести: а) гастродуоденоскопию; б) обзорную рентгенографию брюшной полости; в) лапароскопию; г) рентгенографию желудка; д) ангиографию.
58. Нейротоксическим действием обладают: а) пенициллин и линкомицин; б) кефзол и пенициллин; в) полимиксин и стрептомицин; г) стрептомицин и кефзол; д) линкомицин и стрептомицин.
59. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является: а) торакоскопия; б) рентгенография и рентгенография легких; в) плевральная пункция; г) сканирование легких; д) бронхоскопия.
60. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть: а) эндоскопия; б) инородное тело; в) трахеостомия; г) интубация трахеи при наркозе; д) спонтанный разрыв.
61. 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.
62. Операция Линтона заключается: а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; б) в удалении подкожных вен с помощью зонда; в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен; д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.
63. Операция Клаппа заключается: а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени; б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования; в) в удалении подкожных вен с помощью зонда; г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом; д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

64. Тампони́рование 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.
65. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфорации язвы желудка являются: а) рвота; б) желудочное кровотечение; в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) частый жидкий стул; д) икота.
66. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается: а) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка; б) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва; в) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором; г) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости; д) в постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкости, назначения антибиотиков.
67. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного: а) грыжа запирательного отверстия; б) прямая паховая грыжа; в) бедренная грыжа; г) косая паховая грыжа; д) скользящая грыжа.
68. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние: а) 5-10 см; б) 15-20 см; в) 25-30 см; г) 35-40 см; д) 45-50 см.
69. Шейка мешка бедренной грыжи расположена: а) впереди круглой связки; б) медиальнее бедренных сосудов; в) латеральнее бедренных сосудов; г) позади бедренных сосудов; д) медиальнее купферовской связки.
70. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится: а) в артериальной крови; б) в венозной крови; в) в экссудате брюшной полости; г) в лимфе; д) в моче.
71. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует: а) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку; б) наложить холедоходуоденоанастомоз; в) после дуоденотомии и извлечения конкремента дренировать холедох через культю пузырного протока; г) вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану 12-перстной кишки и дренировать общий желчный проток; д) наложить холедохэнтероанастомоз.
72. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее: а) диетотерапия, применение спазмолитиков; б) санаторно-курортное лечение; в) плановое хирургическое лечение; г) лечение сахарного диабета и стенокардии; д) хирургическое лечение показано только по витальным показаниям.
73. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является: а) резекция доли или сегмента печени; б) наложение билиодигестивного соустья; в) вскрытие и дренирование абсцесса; г) трансплантация печени; д) гемигепатэктомия.
74. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать: а) с хирургического вмешательства; б) с инфузионной терапии; в) с введения назогастрального зонда; г) с антибиотикотерапии; д) с применения препаратов антихолинэстеразного действия.
75. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является: а) инвагинация; б) заворот; в) узлообразование; г) ущемленная грыжа; д) обтурация толстой кишки опухолью.
76. Оптимальным для промывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости: а) 1-2 литров; б) 4-6 литров; в) 8-12 литров; г) 14-16 литров; д) 18-20 литров.
77. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить: а) резекцию желудка по Бильрот-I; б) резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру; в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости; г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику; д) стволовую ваготомию и пилоропластику.

78. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано: а) резекция желудка; б) прошивание кровоточащего сосуда; в) клиновидное иссечение язвы желудка; г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа; д) консервативное лечение.
79. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже является: а) перистальтика кишечной стенки; б) пульсация сосудов брыжейки; в) серозная оболочка блестящая, темно-вишневого цвета; г) розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки; д) блестящая серозная оболочка, сохраненная перистальтика кишечной стенки.
80. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается: а) грыже спигелиевой линии; б) грыже треугольника Пти; в) грыже Рихтера; г) грыже Литре; д) комбинированной паховой грыже.
81. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите и первой фазе обусловлено: а) токсической дилатацией сосудов; б) резким повышением емкости портальной системы; в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межклеточное пространство; г) сердечной недостаточностью; д) перегрузкой правого сердца.
82. При ранениях тонкой кишки обоснованным является: а) ушивание ран; б) энтеростомия; в) резекция тонкой кишки; г) наложение трансверзоеюноанастомоз; д) выполнение операции Майдля.
83. При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция: а) левосторонняя гемиколэктомия; б) резекция сигмовидной кишки; в) цекстомия; г) операция Гартмана; д) трансверзостомия.
84. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением: а) отека малого сальника и печечно-двенадцатиперстной связки; б) уменьшения в размерах желчного пузыря; в) выбухания стенки желудка кпереди; г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости; д) серозного выпота в подпеченочном пространстве.
85. Абсолютным показанием для выполнения ампутации обожженной конечности или крупных ее сегментов является: а) полная гибель конечности (ее сегментов) в результате травмы; б) сдавление конечности циркулярным струпом; в) острый гнойный артрит; г) ампутация с целью уменьшения общей площади термического поражения и снижения интоксикации; д) с целью улучшения сердечной деятельности.
86. Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать: а) мази на основе полиэтиленгликоля; б) аэрозолям; в) биологическим покрытиям; г) раствору фурацилина; д) лазеротерапии.
87. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести: а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию; б) анализ кала на скрытую кровь; в) лапароскопию; г) УЗИ органов малого таза; д) рентгенологическое исследование ободочной кишки.
88. Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются: а) воспаление сигмовидной кишки; б) пенетрация опухоли в брыжейку; в) кишечная непроходимость; г) перфорация опухоли; д) профузное кишечное кровотечение.
89. Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике с локализацией камня: а) в почечной лоханке; б) в верхней трети мочеточника; в) в средней трети мочеточника; г) в нижней трети мочеточника; д) место локализации камня не имеет значения.
90. Ведущим симптомом при травме уретры является: а) макрогематурия; б) уретроррагия; в) задержка мочеиспускания; г) промежностная гематома; д) частое болезненное мочеиспускание.
91. Фурункул, как правило, вызывается: а) стрептококком; б) стафилококком; в) гонококком; г) синегнойной палочкой; д) протеем.
92. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы: а) массивная антибиотикотерапия; б) иммунотерапия; в) дезинтоксикационная терапия; г) хирургическое лечение; д) гемотрансфузия.
93. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются: а) в печени; б) в легких; в) в селезенке; г) в головном мозгу; д) в сердце.

94. При синегнойном сепсисе целесообразно применять: а) оксациллин; б) фурагин калия; в) гентамицин и клиндамицин; г) метрогил; д) сульфаниламиды.

95. При локализации поддиафрагмального абсцесса сзади венечной связки абсцесс вскрывают: а) по Клермону; б) лапароскопическим способом; в) по А.В. Мельникову; г) через верхнесрединный доступ; д) пункцией и дренированием под контролем УЗИ.

96. У больного ребенка тяжелое состояние, выраженная дыхательная недостаточность, звонкий голос, периодически слышен симптом «хлопка». В данном случае речь идет: а) об инородном теле бронха; б) об инородном теле гортани; в) о фиксированном инородном теле трахеи; г) о баллотирующем инородном теле трахеи; д) об инородном теле пищевода.

97. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения хронической формы болезни Гиршпрунга является: а) 3-6 месяцев; б) до 1 года; в) до 3 лет; г) до 10 лет; д) до 15 лет.

98. Типичными местами расположения околощитовидных желез являются: а) передняя поверхность верхних полюсов обеих долей; б) передняя поверхность средних отделов обеих долей; в) передняя поверхность нижних полюсов обеих долей; г) задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей; д) загрудинное пространство.

99. Особенностью диабетической гангрены является распространение гнойно-некротического процесса: а) по связкам при хорошем состоянии кожных покровов; б) по сухожилиям при хорошем состоянии кожных покровов; в) по связкам и сухожилиям с нарушением состояния кожных покровов; г) по связкам, сухожилиям и апоневрозу при относительно хорошей сохранности кожных покровов; д) по мышечным тканям.

100. Наиболее частым симптомом рака почки является: а) боль; б) пальпируемая опухоль; в) гематурия; г) слабость; д) ускоренная СОЭ.

1. Положение в руке скальпеля.
2. Положение в руке пинцета.
3. Послойно зашить операционную рану. Наложить швы на кожу, мышцы.
4. Набрать необходимые инструменты.
5. Зарядить иглу в иглодержатель и нить в иглу. Назвать инструменты. Классификация игл.
6. Набрать инструменты для первичной хирургической обработки раны.
7. Завязать простой, морской, двойной хирургический и аподактильный узлы.
8. Классификация шовного материала.
9. Перечислить виды временной остановки кровотечения в ране. Набрать инструмент.
10. Перечислить виды окончательной остановки кровотечения в ране. Собрать инструмент.
11. Выполнить анестезию по типу "лимонной корочки".
12. Выполнить венепункцию. Собрать необходимое.
13. Показать технику инфильтрационной анестезии по Вишневскому.
14. Показать технику рассечения фасции.
15. Тампонада кровотечения в ране. Перечислить инструменты.
16. Набрать инструмент для лигирования сосуда в ране.
17. Набрать специальный инструмент для наложения сосудистого шва и шва нерва.
18. Выполнить пункцию плечевого сустава.
19. Выполнить пункцию локтевого сустава.
20. Выполнить пункцию коленного сустава.
21. Вскрыть тендовагинит II пальца кисти.
22. Вскрытие U-образной флегмоны.
23. Вскрытие комиссуральной флегмоны.
24. Операции при подногтевом панариции.
25. Выполнить анестезию пальца по Оберсту - Лукашевичу.
26. Показать проекцию и доступ к подмышечной артерии.
27. Показать проекцию и доступ к плечевой артерии.
28. Показать проекцию и доступ к лучевой и локтевой артерии.
29. Показать проекцию и доступ к бедренной артерии.
30. Показать проекцию и доступ к подколенной артерии.
31. Показать проекцию и доступ к большеберцовой и малоберцовой артерии.
32. Набрать и назвать специальный инструмент для трахеостомии.
33. Выполнить доступ для трахеотомии.
34. Показать места разрезов на лице с учетом проекции ветвей лицевого нерва.
35. Показать доступы для вскрытия гнойного паротита.
36. Показать точку выполнения вагосимпатической блокады по Вишневскому.
37. Показать доступ к щитовидной железе.
38. Показать выкраивание кожного лоскута на своде черепа.
39. Назвать и показать точки пункции перикарда.
40. Выполнить пункцию плевры при гидротораксе и пневмотораксе.
41. Показать доступы при интра- и ретромаммарном маститах.
42. Набрать специальный инструмент для поднадкостничной резекции ребра.
43. Техника выполнения пункции брюшной полости.
44. Показать доступ к пупочной грыже.
45. Показать доступ к паховой грыже.
46. Показать доступ к бедренной грыже.
47. Показать доступ к желчному пузырю.
48. Показать доступ при формировании гастростомы.
49. Показать доступ к селезенке.
50. Показать доступы к червеобразному отростку.
51. Наложить швы при пластике по Мейо.
52. Пластика Велти.
53. Пластика по Напалкову.
54. Наложить швы при пластике по Постемскому.
55. Наложить швы при пластике по Лихтенштейну.
56. Техника TAPP.
57. Обработка кожного лоскута при аутодермальной пластике.
58. Техника пластики Rives – Stoppa.

59. Наложить швы при пластике по Сапежко.
60. Наложить швы при пластике по Лекслеру.
61. Наложить швы при пластике по Шолдайсу.
62. Показать срединную, параректальную, трансректальную лапаротомию.
63. Показать доступ к почке.
64. Показать доступ к мочеточнику.
65. Операция при водянке яичка.
66. Инструменты для ВЛА.
67. Инструменты для ВЛХЭ.
68. Техника наложения пневмоперитонеума.
69. Принцип работы видеокамеры и лапароскопа, изменение угла обзора.
70. Лапароскопический узел.
71. Показать доступ к матке.
72. Показать доступ к мочевому пузырю.
73. Выполнить шов паренхиматозного органа: печени, почки.
74. Выполнить технику ревизии брюшной полости при кровотечении.
75. Выполнить технику ревизии брюшной полости при повреждении стенки полого органа.
76. Ушить прободную язву желудка.
77. Выполнить мобилизацию тонкой кишки при ее резекции.
78. Выполнить мобилизацию толстой кишки при ее резекции.
79. Ушить рану толстой кишки.
80. Ушить рану тонкой кишки.
81. Наложить шов на наружную губу кишечного анастомоза.
82. Наложить шов на внутреннюю губу кишечного анастомоза.
83. Наложить кишечные швы при аппендэктомии.
84. Показать пункцию мочевого пузыря.
85. Косметический кожный шов, шов по Донати.

- 1 Антисептика. Виды, их характеристика и принципы применения. Санитарно-гигиенический режим в отделении хирургического профиля и операционного блока.
- 2 Асептика. Профилактика воздушно-капельной, контактной, имплантационной инфекции. Методы стерилизации инструментария, белья, объектов санитарно-гигиенического пользования в отделении и операционном блоке.
- 3 Бактериологический контроль в ЛПУ: хирургических отделениях (перевязочных, процедурных, столовой) и операционном блоке.
- 4 Обследование сотрудников хирургических отделений и операционных блоков на носительство патогенной флоры и их санация как перед поступлением на работу, так и в процессе трудовой деятельности.
- 5 Лечение разлитого гнойного перитонита. Программированная лапаросанация. лапаростомия. Принципы коррегирующей терапии в послеоперационном периоде.
- 6 Острые парапроктиты. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 7 Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Клиника, диагностика, способы хирургического лечения заболеваний магистральных артерий.
- 8 Перитониты. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 9 Тромбоз эмболические осложнения магистральных артерий нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
- 10 Острые и хронические гнойные воспаления плевры. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
- 11 Флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Посттромбофлебитический синдром.
- 12 Эхинококк печени. Цикл развития паразита, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
- 13 Пневмоторакс. Гемоторакс. Этиология, классификация, патогенез, диагностика, первая помощь, лечение.
- 14 Ранения сердца: клиника, диагностика, лечение.
- 15 Эхинококк легких. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 16 Кровохаркание и легочное кровотечение: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
- 17 Паховые грыжи. Классификация паховых грыж по Nyhus. Традиционные аутопластические и современные способы пластики паховых грыж.
- 18 Ущемленные грыжи. Виды атипических ущемлений. Патогенез, клиника, диагностика и особенности хирургической тактики при ущемленных грыжах.
- 19 Прободные язвы желудка и 12-п. кишки: этиология, клиника, диагностика, лечение. Виды оперативных пособий. Атипические перфорации.
- 20 Острые гастро-дуоденальные кровотечения язвенной этиологии: этиология, клиника, эндоскопическая диагностика, тактика лечения согласно классификации Forrest.
- 21 Бедренные и пупочные грыжи. Грыжи белой линии живота. Диагностика. Клиника. Классические аутопластические способы герниопластики при этих грыжах.
- 22 Хроническая язва желудка и 12-п. кишки: клиника, диагностика, пилородуodenального стеноза. Показания к хирургическому лечению и виды операций.
- 23 Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 24 Острый аппендицит: классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
- 25 Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, перфорация, перитонит). Клиника, диагностика и методы лечения.

- 26 Особенности клиники острого аппендицита у больных пожилого возраста, беременных и детей, а также в зависимости от расположения червеобразного отростка. Диагностика и хирургическое лечение.
- 27 Острый холецистит: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, консервативная терапия и показания к хирургическому лечению.
- 28 Истинные и ложные кисты поджелудочной железы. Их осложнения, клиника, инструментальная диагностика и хирургическое лечение.
- 29 Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
- 30 Рак легкого. Этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 31 Рак желудка. Классификация, клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.
- 32 Рак молочной железы. Клинические формы, стадии процесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургические, химиотерапевтические и радиологические методы лечения.
- 33 Рак щитовидной железы. Этиология, дифференциальная диагностика, лечение.
- 34 Рак толстой кишки: особенности клиники рака правой и левой половины толстого кишечника. Инструментальные методы диагностики и хирургические методы лечения.
- 35 Рак прямой кишки: Классификация, особенности клинической картины в зависимости от локализации опухоли. Диагностика, хирургическое лечение.
- 36 Рак пищевода. Стадии, клиника, диагностика, лечение.
- 37 Внутрибрюшные и внебрюшные разрывы мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение.
- 38 Торако-абдоминальные ранения. Особенности клиники. Принципы оказания первой помощи.
- 39 Острый панкреатит. Классификация, патогенез. Клиника, диагностика, формы панкреонекроза, объем консервативной терапии и хирургического лечения.
- 40 Реакции и осложнения при переливании крови. Классификация, клиника посттрансфузионных реакций и объем экстренной терапевтической помощи при этом.
- 41 Гнойный панкреатит. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения, виды оперативных пособий.
- 42 Диабетическая стопа. Классификация, клиника. Способы хирургического лечения диабетической стопы. Гангрена стопы.
- 43 Травмы печени и селезенки. Классификация, клиника, методы диагностики и способы хирургического лечения.
- 44 Портальная гипертензия. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардии. Клиника, диагностика и методы консервативной терапии. Мининвазивное хирургическое лечение.
- 45 Реинфузия крови. Показания. Техника ее исполнения.
- 46 Осложнения при переливании крови. Гемотрансфузионный шок. Клиника, диагностика, объем помощи по стадиям гемотрансфузионного шока.
- 47 Средние послеоперационные и рецидивные грыжи. Классификация по Chavrel-Rath. Современные способы лечения больших и гигантских грыж.
- 48 Ущемленная грыжа. Определение критериев жизнеспособности ущемленного органа. Показания к резекции ущемленного органа и способы восстановления ЖКТ.
- 49 Аневризм сердца аорты. Синдром Лериша. Осложнения, диагностика, методы хирургической коррекции.
- 50 Хронический калькулезный холецистит. Эндоскопические и традиционные методы хирургического лечения.
- 51 Желчекаменная болезнь. Традиционные и эндоскопические методы хирургической коррекции. Показания к наружному и внутреннему дренированию желчевыводящих путей.
- 52 Механическая желтуха. Эндоскопические мининвазивные способы декомпенсации желчевыводящих путей. Медикаментозная терапия печеночной недостаточности.
- 53 Опухолевая механическая желтуха. Дифференциальная диагностика.

- 54 Геморрой. Эпителиальный копчиковый ход. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 55 Болезнь Крона. Этиология, клиника, диагностика, лечение, лечение.
- 56 Неязвенные кровотечения. Геморрагические синдромы. Клиника, диагностика, лечение.
- 57 Эндоскопическая миниинвазивная хирургия. Диагностика и недостатки. Показания и осложнения при эндоскопических операциях.
- 58 Виды эндоскопических методов исследования. Показания к их применению. Их достоинства и осложнения.
- 59 Миниинвазивные методы гемостаза при портальной гипертензии и традиционные методы коррекции печеночной гипертензии.
- 60 Травмы печени. Клиника. Диагностика. Особенности лечения травм печени: миниинвазивные и традиционные методы.
- 61 Травмы селезенки: клиника, диагностика, лечение. Понятие аутотрансплантации селезенки.
- 62 Особенности диагностики «острого живота» в амбулаторных условиях.
- 63 Атипичные формы перфоративных язв желудка и 12 п.к. Клиника. Диагностика. Возникшие ошибки в диагностике и лечении.
- 64 Нарушения мезентериального кровоснабжения. Инфаркт кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 65 Неспецифический язвенный колит. Дивертикулярная болезнь. Клиника, диагностика и лечение.
- 66 Современные способы герниопластики грыж передней брюшной стенки: эндопротезирование и аутодермопластика. Достоинства и недостатки.
- 67 Острая тонкокишечная непроходимость. Патогенез. Клиника. Инструментальная диагностика.
- 68 Ваготомия: виды, техника выполнения. Показания к той или другой разновидности ваготомии при лечении язвенной болезни.
- 69 Внутрибрюшные и диафрагмальные грыжи. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 70 Традиционные аутопластические операции при больших и гигантских послеоперационных грыжах. Абдоминально-компрессионный синдром. Способы профилактики АКС (какими операциями).
- 71 Гнойные заболевания пальцев кистей. Клиника, диагностика. Методы вскрытия и дренирования.
- 72 Ожоговая болезнь. Клинические стадии. Особенности ожогового шока. Лечение. Показания к пересадке кожи.
- 73 Острая гнойная инфекция шеи и лица. Клиника, диагностика. Лечение. Опасности и осложнения.
- 74 Отморожения. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 75 Травмы полых органов брюшной полости. Клиника, диагностика. Виды оперативных вмешательств.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструктивным ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.
2. Источники медицинского права.

3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?