Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 22.10.2026 14:42:27
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
_____/Костив Е.П./
«22» апреля 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.25 Хирургические болезни
Индекс, наименование

основной образовательной программы
высшего образования

Специальность	32.05.01 Медико-профилактическое дело (код, наименование)
Уровень подготовки	специалитет (специалитет/магистратура)
Сфера профессиональной деятельности	02 Здравоохранение (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины) _
Форма обучения	очная (очная, очно-заочная)
Срок освоения ООП	6 лет (нормативный срок обучения)
Институт/кафедра	Институт хирургии

Владивосток – 2026

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности (в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей, профилактической медицины) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

OOP_32.05.01_Mediko-profilakticheskoe_delo_2026.pdf

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
Универсальные компетенции		
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	УК-1.1- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации УК-1.2- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций УК-1.3- разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Общепрофессиональные компетенции		
Этиология и патогенез	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК.ОПК-5_1- определяет и оценивает физиологические состояния и патологические процессы организма человека ИДК.ОПК-5_2- владеет алгоритмом клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач ИДК.ОПК-5_3- оценивает результаты клинико-лабораторной и функциональной диагностики при решении профессиональных задач
Донозологическая диагностика	ОПК-9. Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и	ИДК.ОПК-9_1- оперирует современными методами и понятиями современной донозологической диагностики и персонифицированной медицины при решении профессиональных задач

	предотвращения заболеваний	

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Вопросы для собеседования Тесты Ситуационные задачи Оценка практических навыков
2	Промежуточная аттестация	

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, оценки практических навыков.

3.1. Контрольные вопросы для собеседования Б1.О.25 Хирургические болезни

1.Острый аппендицит. Классификация, этиология, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
2.Острый аппендицит у беременных. Классификация, этиология, особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
3.Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста. Классификация, этиология, особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
4.Острый аппендицит у пациентов детского возраста. Классификация, этиология, особенности клинического течения, диагностика, тактика ведения.
5.Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат). Клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
6.Осложнения острого аппендицита (пилефлебит). Клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
7.Паховые грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
8.Бедренные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
9.Пупочная грыжа. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
10.Вентральные грыжи. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
11.Осложнения грыж (ущемление, невправимость). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
12.Осложнения грыж (воспаление, копростаз). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
13.Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
15. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (перфорация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
16. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (малигнизация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
17. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (пенетрация). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

18. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (стенозирование). Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
19. Кишечная непроходимость (механическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
20. Кишечная непроходимость (динамическая). Классификация, клиническое течение, диагностика, тактика ведения.
21. Ишемическая болезнь органов пищеварения (мезентериальный тромбоз). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
22. Перитонит. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
Сепсис. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
23. Межпетельные абсцессы. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
24. Поддиафрагмальный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
25. Абсцесс Дугласова пространства. Этиология, клиника, диагностика, тактика ведения.
26. Гемоторакс. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
27. Пневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
28. Травматическое повреждение сердца. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
29. Травматическое повреждение легких. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
30. Травматическое повреждение пищевода. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
31. Желчно-каменная болезнь. Острый и хронический холециститы. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
32. Желчно-каменная болезнь. Холедохолитиаз. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
33. Травматическое повреждение печени. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
34. Травматическое повреждение селезенки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
35. Травматическое повреждение тонкой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
36. Травматическое повреждение прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
37. Травматическое повреждение толстой кишки. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
38. Бронхоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
39. Диагностическая лапароскопия. Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
40. Эзофагогастродуоденоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
41. Диагностическая торакоскопия. Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
42. Энтероскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
43. Колоноскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
44. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (папилосфинктеротомия). Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
45 Холангиоскопия. Подготовка к исследованию. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
46. Виды эндоскопической биопсии (браш, пункционно-аспирационная, инцизионная, щипковая). Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.

47. Виды эндоскопического гемостаза (инъекционный, термический, механический). Инструменты. Показания. Противопоказания. Методика проведения.
48. Виды эндоскопических вмешательств на желчных протоках: ЭРПХГ, ЭПСТ, литэкстракция, литотрипсия, стентирование желчных протоков.
49. Торакоскопические и лапароскопические эндовидеохирургические операции.
50. Хирургическая инфекция: острая и хроническая, специфическая и неспецифическая.
51. Стадии сепсиса: бактериемия, синдром системной воспалительной реакции, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок, синдром полиорганной недостаточности. Оценка степени тяжести состояния больных сепсисом с помощью балльных систем. Лабораторная диагностика сепсиса.
52. Эндемический зоб. Определение понятия. Классификация. Признаки зобной эндемии. Профилактика. Показания к операции.
53. Спорадический зоб. Определение понятия. Классификация по степени увеличения, форме. Клиника, диагностика. Лечение.
54. Тиреотоксический зоб. Клиника, диагностика, показания к операции. Предоперационная подготовка.
55. Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
56. Острый абсцесс. Клиника, диагностика, методы лечения.
57. Гангрена легкого. Клиника, диагностика, методы лечения, осложнения.
58. Эмпиема плевры. Клиника, диагностика, методы лечения.
59. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.
60. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.
62. Язвенный колит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
63. Понятие почечная колика. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
64. Острая задержка мочи. Парадоксальная ишурия. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
65. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
66. Гематурия. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
67. Синдром анурии. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
68. Уретрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
69. Цистит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
70. Пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
71. Абсцесс почки. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
72. Карбункул почки. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
73. Апостематозный пиелонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
74. Паранефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, тактика ведения.
75. Травматическое повреждение мочевого пузыря. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.

76. Травматическое повреждение мочеточников. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
77. Травматическое повреждение почек. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения.
78. Общая характеристика опухолей: доброкачественные и злокачественные новообразования.
79. Клиническая диагностика опухолей. Методика обследования онкологических больных: клиническая, инструментальная и лабораторная диагностика..
80. Специальные методы диагностики опухолей: иммуномаркеры опухолей, морфологическая верификация диагноза.
81. Методы лечения злокачественных опухолей: хирургический (неоадьювантная, адьювантная терапия), химиотерапевтическая, лучевая, гормональная, таргетная, иммунная терапия.

Критерии оценивания
«Отлично» - более 80% правильных ответов
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов
«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов

3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.25 Хирургические болезни

Тема: «Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита»

1.**Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить**
А) затеканием содержимого по правому боковому каналу*
Б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
В) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
Г) развивающимся разлитым перитонитом
Д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
2. Послеоперационная летальность при остром аппендиците составляет:
А) 0 процентов
Б) 0,2-0,3 процента*
В) 1-2 процента
Г) 2-3 процента
Д) 5-7 процентов
3. Пилефлебит это тромбоз:
А) воротной вены*
Б) аппендиакулярной вены
В) верхней полой вены
Г) нижней полой вены
Д) забрюшинных вен
4. Аппендикулярный инфильтрат это:
А) инфильтрат всех слоев стенки отростка
Б) инфильтрация брюшины
В) забрюшинная флегмона в стадии инфильтрата
Г) конгломерат органов брюшной полости, образовавшийся вокруг червеобразного отростка*
Д) инфильтрация большого сальника
5. Перемещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область называется симптомом:
А) Кохера-Волковича*

Б) Бартомье
В) Воскресенского
Г) Щеткина-Блюмберга
Д) Образцова

6. Боли при катаральном аппендиците характеризуются:
А) внезапностью
Б) средней интенсивностью
В) схваткообразным усилением
Г) отсутствием иррадиации
Д) всем перечисленным*

7. При развитии гангренозного аппендицита характерно:
А) усиление болей
Б) стихание болей*
В) появление диареи
Г) появление примеси крови в каловых массах
Д) все перечисленное верно

8. При прободении червеобразного отростка боли:
А) стихают
Б) резко усиливаются
В) остаются неизменными
Г) сочетаются с перитонеальными симптомами*
Д) резко усиливаются и сочетаются с перитонеальными симптомами

9. Задержка стула при остром аппендиците объясняется:
А) обтурацией толстой кишки каловыми камнями
Б) формированием аппендикулярного инфильтрата
В) парезом кишечника*
Г) ничем из перечисленного
Д) всем перечисленным

10.Понос с тенезмами при остром аппендиците может быть симптомом:
А) подпеченочного расположения аппендикса
Б) левостороннего расположения аппендикса
В) тазового расположения червеобразного отростка*
Г) ретроцекального расположения аппендикса
Д) не может быть симптомом аппендицита

11. Болезненная перкуссия над очагом воспаления называется симптомом:
А) Ситковского
Б) Ровзинга
В) Образцова
Г) Раздольского*
Д) Воскресенского

12. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном сдавлении сигмовидной кишки назвается симптомом:
А) Ровзинга*
Б) Образцова
В) Ситковского
Г) Раздольского
Д) Воскресенского

13. Усиление болей в положении больного на левом боку называется симптомом:
А) Ситковского*
Б) Ровзинга
В) Образцова
Г) Раздольского
Д) Воскресенского

14. Для острого аппендицита при ретроцекальном расположении отростка характерно:

А) невыраженность симптомов
Б) боли в поясничной области
В) иррадиация болей в бедро
Г) симптом Образцова
Д) все перечисленное верно*

15. Для острого аппендицита у детей характерно:
А) раннее развитие деструктивных изменений
Б) частое развитие перитонита
В) многократная рвота
Г) высокая температура тела
Д) все перечисленное верно*

16. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста характерно:
А) умеренные боли
Б) атипичное течение
В) отсутствие гипертермии
Г) отсутствие напряжение мышц брюшной стенки
Д) все перечисленное верно*

17. К осложнениям острого аппендицита относят все кроме:
А) аппендикулярного инфильтрата
Б) панкреатита*
В) абсцесса брюшной полости
Г) пилефлебита
Д) перитонита

18. Аппендикулярный инфильтрат может нагноиться или регрессировать При нагноении инфильтрата формируется:
А) разлитой перитонит
Б) пилефлебит
В) сепсис
Г) аппендикулярный абсцесс*
Д) абсцесс пространства Дугласа

19. Разлитой перитонит при остром аппендиците развивается в результате:
А) агрессивности микрофлоры
Б) недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости
В) снижение активности иммунной системы организма
Г) а и б
Д) агрессивности микрофлоры, недостаточного отграничения воспалительного процесса от свободной брюшной полости, снижения активности иммунной системы организма*

20. К недостаткам лапароскопической аппендэктомии относится:
А) удлинение срока операции
Б) большие экономические затраты
В) сложность используемого инструментария
Г) а, б
Д) удлинение срока операции, большие экономические затраты, сложность используемого инструментария*

Тема: «Грыжи живота. Осложнения грыж живота»

1. Рихтеровское ущемление это:
А. Ущемление кишки в области дуоденально-тощекишечного мешка
Б. Части стенки полого органа*
В. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки
Г. Ущемление дивертикула Меккеля
Д. Ущемление желудка в дифрагмальной грыже

2.При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо
а) вначале рассечь ущемляющее кольцо
б) вначале рассечь грыжевой мешок*
в) можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
г) выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
д) сделать лапаротомию
3. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме
а) острого начала
б) невправимости грыжи
в) болезненности грыжевого выпячивания
г) резкой боли
д) высокой температуры*
4. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является
а) гигантский размер грыжи
б) беременность во второй ее половине
в) флегмона грыжевого мешка
г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
д) ни один из перечисленных*
5. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает
а) вправление грыжи*
б) назначение анальгетиков и спазмолитиков
в) назначение наркотиков
г) немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
д) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи
6. Невправимость грыжи зависит
а) от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
б) от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем*
в) от сужения грыжевых ворот
г) от выхождения в нее мочевого пузыря
д) от выхождения в нее слепой кишки
7. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию
а) Бассини и Постемского*
б) Мартынова
в) Гирара - Спасокукоцкого
г) Руджи - Парлавеччио
д) Ру
8.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
9.При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести
а) наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
б) выполнение срочной операции*
в) наблюдение
г) консервативное лечение
д) вправление грыжи

10.Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать
а) с липомой
б) с холодным натечником
в) с ущемленной паховой грыжей
г) с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
д) со всем перечисленным*
11.Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме
а) затрудненного дыхания
б) рвоты
в) цианоза
г) анемии*
д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
12.Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения
а) повреждения сосудов
б) ранение нервов брюшной стенки
в) пересечение семявыводящего протока
г) ранение кишки и мочевого пузыря
д) все перечисленные*
13.При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме
а) тонкой кишки и Меккелева дивертикула
б) сигмовидной кишки и сальника
в) слепой кишки и червеобразного отростка
г) маточной трубы и яичника
д) желчного пузыря и желудка*
14.Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются
а) со слизистого слоя*
б) с подслизистого слоя
в) с мышечного слоя
г) с субсерозного слоя
д) с серозного слоя
15.Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются
а) внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования
б) увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания
в) невправимость грыжи
г) отрицательный симптом кашлевого толчка
д) все перечисленное*
16. Аутопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:
А) донорских мышечно-апоневротических тканей
Б) мышечно-апоневротических тканей животного происхождения
В) собственных мышечно-апоневротических тканей*
Г) синтетических тканей
Д) металлических протезов
17. Аллопластические способы пластики грыж заключаются в использовании:
А) местных мышечных тканей
Б) местных апоневротических тканей
В) местных мышечно-апоневротических тканей
Г) шовного материала
Д) трансплантатов различного инородного происхождения*
18. Ущемленная наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

А) некрозом грыжевого мешка
Б) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
В) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
Г) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
Д) увеличением грыжи в течение длительного времени

19. Невправимая наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:

А) сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза*
Б) сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием гипертрофии органов
некрозом грыжевого мешка
В) образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком
увеличением грыжи в течение длительного времени
Г) отсутствием смещения содержимого грыжи в результате скоплением и нарушением пассажа кишечного содержимого в грыже
Д) отсутствие смещения содержимого грыжи из одной ее камеры в другую

20. По механизму развития выделяют ущемление:

А) острое и хроническое
Б) гипертрофическое и атрофическое
В)эластическое, каловое и смешанное*
Г) воспалительное и опухолевое
Д) раннее и позднее

Тема: «Острая кишечная непроходимость»

1. Обтурационная непроходимость кишечника развивается при

А) сдавлении кишки опухолями соседних органов*
Б) стойком парезе кишечника
В) завороте кишечной петли вокруг своей оси
Г) ущемлении кишечных петель
Д) образовании узла между петлями кишок

2. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

А) стойком парезе кишечника
Б) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
В) завороте кишечной петли вокруг своей оси*
Г) рубцовом сужением просвета кишки
Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

3. Странгуляционная непроходимость кишечника развивается при

А) закупорке кишки на фоне рубцового сужения ее просвета
Б) ущемлении кишки спайками*
В) рубцовом сужением просвета кишки
Г) стойком парезе кишечника
Д) закупорке просвета кишки проглоченными инородными телами

4. Острую кишечную непроходимость, развившуюся при закупорке просвета кишки желчным конкрементом, следует расценить как

А) спастическую
Б) паралитическую
В) обтурационную*
Г) странгуляционную
Д) динамической

5. Острую кишечную непроходимость, развившуюся в результате ущемления кишечной петли с брыжейкой спайками, следует расценить как

А) спастическую
Б) паралитическую

В) обтурационную
Г) странгуляционную*
Д) динамической

6. Развитию спастической динамической кишечной непроходимости способствует
А) наличие наружных брюшных грыж
Б) рубцовое сужение просвета кишки
В) инородное тело кишечника
Г) отравление свинцом*
Д) операционная травма

7. При развитии острой механической кишечной непроходимости и выраженной дегидратации следует
А) увеличить пероральное поступление жидкости
Б) оставить обычный рацион перорального принятия жидкости
В) исключить пероральный прием жидкости*
Г) вводить перорально только солевые растворы
Д) вводить перорально только белковые растворы

8. Патофизиологические изменения в организме быстрее возникают при развитии острой кишечной непроходимости на уровне
А) тощей кишки*
Б) слепой кишки
В) поперечно-ободочной кишки
Г) сигмовидной кишки
Д) прямой кишки

9. Боли при ранней стадии обтурационной непроходимости кишечника
А) постоянные, тупые
Б) постоянные, острые
В) опоясывающие
Г) схваткообразные*
Д) иррадиируют в нижние конечности

10. Боли при ранней стадии странгуляционной непроходимости кишечника
А) постоянные, тупые
Б) постоянные, острые, усиливающиеся в период перистальтики*
В) опоясывающие
Г) иррадиируют в нижние конечности
Д) мигрируют из эпигастрия в правую подвздошную область

11. Для паралитической непроходимости кишечника характерно
А) сильные постоянные боли в животе
Б) отсутствие перистальтики и стула*
В) видимая на глаз перистальтика
Г) неравномерное вздутие живота
Д) все перечисленное верно

12. Боли в животе могут быть при
А) спастической непроходимости кишечника
Б) обтурационной непроходимости кишечника
В) странгуляционной непроходимости кишечника
Г) при всех перечисленных формах*
Д) болевой синдром для перечисленных форм кишечной непроходимости не характерен

13. какой из симптомов обтурационной острой кишечной непроходимости следует считать наиболее ранним
А) схваткообразные боли
Б) рвоту
В) задержку стула и газов
Г) вздутие живота
Д) все перечисленные симптомы обычно появляются одновременно*

14. О скоплении в петлях кишечника жидкости и газа при кишечной непроходимости свидетельствует
А) тимпанит при перкуссии в отлогих местах живота
Б) симптом "гробовой тишины"
В) шум плеска*
Г) баллонообразное расширение ампулы прямой кишки
Д) усиленная перистальтика
15. Какое из представленных исследований следует произвести в первую очередь пациенту при подозрении на острую кишечную непроходимость?
А) обзорную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости*
Б) рентгенологический контроль за пассажем бариевой взвеси по кишечнику
В) ирригоскопию
Г) эзофагогастроскопию
Д) лапароскопию
16. К рентгенологическим признакам непроходимости кишечника относят
А) свободный газ в брюшной полости
Б) затемнение нижних отделов брюшной полости
В) скопления газа над горизонтальными уровнями жидкости в петлях кишки*
Г) очаговые тени в центре брюшной полости
Д) все перечисленное верно
17. Уточнить уровень обструкции при тонкокишечной непроходимости возможно при
А) обзорной рентгеноскопии брюшной полости
Б) обзорной рентгенографии брюшной полости*
В) интестиноскопии
Г) колоноскопии
Д) всех вышеперечисленных методов
18. Дифференцировать механическую кишечную непроходимость от острого аппендицита позволяет
А) общий анализ крови
Б) биохимический анализ крови
В) обзорная рентгенография органов брюшной полости*
Г) ангиография
Д) все перечисленные методы
19. Консервативное лечение непроходимости кишечника показано при
А) динамической непроходимости*
Б) завороте кишечника
В) ущемлении кишечника
Г) при всех вышеперечисленных видах непроходимости
Д) ни при одном из вышеперечисленных видов непроходимости
20. При механической непроходимости кишечника не используются
А) препараты, усиливающие перистальтику кишечника*
Б) дезинтоксикационная терапия
В) опорожнение кишечника
Г) инфузионная корригирующая терапия
Д) ни одно из перечисленных мероприятий

Тема «Острый панкреатит. Панкреонекроз»

1.При отечной форме острого панкреатита при лапароскопии можно обнаружить все следующие косвенные признаки, кроме
а) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
б) выбухания стенки желудка кпереди
в) уменьшения в размерах желчного пузыря*
г) умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

д) обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве

2. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме

а) установить патобиохимический вид панкреонекроза
б) диагностировать панкреатогенный перитонит
в) уточнить форму острого панкреатита
г) выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани*
д) определить характер изменения желчного пузыря

3. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением

а) геморрагической имбибиции большого сальника
б) наличия темного выпота с геморрагическим оттенком
в) выбухания желудка и расширения его вен
г) возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты*
д) иногда появления забрюшинной гематомы

4. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме

а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости
в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
г) перитонита
д) септического эндокардита*

5. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является

а) травма живота
б) применение кортикостероидов
в) алкоголизм*
г) хронический холецистит
д) цирроз печени

6. Для отечной формы острого панкреатита характерно

А) значительное повышение температуры тела
Б) сильные боли в животе*
В) частый жидкий стул
Г) пожелтение кожи и склер
Д) недержание мочи

7. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит

А) микробной агрессии
Б) плазмоцитарной инфильтрации
В) микроциркуляторным нарушениям
Г) аутоферментной агрессии*
Д) нарушению венозного оттока

8. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома

А) Воскресенского
Б) Мейо – Робсона*
В) Грюнвальда
Г) Мондора
Д) Грея - Тернера

9. Жировой панкреонекроз формируется в результате

А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов*
В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов

Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза
10. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате
А) присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов
В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов*
Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза
11. Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома
А) Мейо - Робсона
Б) Керте*
В) Грея - Тернера
Г) Мондора
Д) Воскресенского
12. Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет
А) диагностировать острый панкреатит
Б) уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе
В) уточнить распространенность панкреонекроза
Г) определить форму острого панкреатита
Д) оценить состояние большого дуоденального сосочка*
13. К развитию острого панкреатита могут привести
А) тупая травма живота
Б) операционная травма поджелудочной железы
В) ущемленный камень большого дуоденального сосочка
Г) стриктура большого дуоденального сосочка
Д) все вышеперечисленные причины*
14. К развитию панкреатической гипертензии может привести
А) камни желчного пузыря
Б) камень общего печеночного протока
В) камень пузырного протока
Г) ущемленный камень большого дуоденального сосочка*
Д) все вышеперечисленные причины
15. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена
А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы*
Б) дуоденостазом
В) холецистолитиазом
Г) камнем пузырного протока желчного пузыря
Д) все вышеперечисленное верно
16. Желтуха при остром панкреатите может быть обусловлена
А) сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы
Б) панкреатогенным гепатитом
В) ущемленным камнем большого дуоденального сосочка*
Г) опухолью большого дуоденального сосочка
Д) все вышеперечисленное верно
17. Форму острого панкреатита можно установить при
А) гастродуоденоскопии
Б) обзорной рентгенографии органов брюшной полости
В) лапароскопии*
Г) ирригоскопии
Д) все перечисленное верно
18. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует
А) голод
Б) гипотермия железы
В) снижение кислотности желудочного содержимого

Г) назначение цитостатиков
Д) все перечисленное верно*

19. Срочное оперативное лечение при остром панкреатите показано
А) при абсцессе сальниковой сумки
Б) при гнойном перитоните
В) при развитии забрюшинной флегмоны
Г) при неэффективности консервативной терапии
Д) все перечисленное верно*

20. При хирургическом лечении острого панкреатита применяют
А) дренирование сальниковой сумки
Б) абдоминизацию поджелудочной железы
В) оментопанкреатопексию
Г) некрсеквестрэктомию
Д) все перечисленное верно*

Тема: «Перитонит. Абдоминальный сепсис»

1. Для декомпенсированной стадии перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно
А) токсическое поражение ЦНС
Б) развитие функциональной кишечной непроходимости
В) развитие печеночно-почечной недостаточности
Г) иммунодефицит
Д) верно все*

2. При местном перитоните поражена брюшина:
А) В одной анатомической области живота*
Б) От двух до пяти областей брюшной полости
В) Одного этажа брюшной полости
Г) Одного отдела брюшной полости
Д) Только париетальная брюшина

3. При распространенном перитоните поражена брюшина:
А) Одной области
Б) Двух этажей брюшной полости
В) Всей брюшной полости
Г) Все ответы правильные
Д) Нет правильных ответов*

4. В зависимости от характера выпота наиболее тяжело протекает:
А) Гнойный перитонит
Б) Гнилостный перитонит*
В) Серозный перитонит
Г) Серозно-гнойный перитонит
Д) Серозно-геморрагический перитонит

5. Хроническое течение типично для:
А) Гнилостного перитонита
Б) Желчного перитонита
В) Туберкулезного перитонита*
Г) Калового перитонита
Д) Ферментативного перитонита

6. По клиническому течению различают:
А) Острый, подострый и хронический перитонит
Б) Острый, рецидивирующий и бессимптомный перитонит
В) Острый, волнообразный и подострый перитонит
Г) Подострый и хронический перитонит
Д) Только острый перитонит*

7. К первичному перитониту относят:
А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
В) Перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины*
Г) Перитонит при кишечной непроходимости
Д) Гонококковый пельвиоперитонит
8. К вторичному перитониту относят:
А) Перитонит вследствие перфорации полого органа
Б) Перитонит вследствие проникающих ранений живота
В) Ферментативный перитонит
Г) Гонококковый пельвиоперитонит
Д) Все ответы правильные*
9. Иррадиация болей в правое надплечье характерно для:
А) Перитонит вследствие перфорации язвы желудка*
Б) Перитонит вследствие кишечной непроходимости
В) Гонококковый пельвиоперитонит
Г) Местного аппендикулярного перитонита
Д) Ферментативный перитонит
10. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:
А) Вздутием петель кишок
Б) Наличием межкишечного абсцесса
В) Наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы*
Г) Высоким стоянием купола диафрагмы
Д) Дыхательной недостаточностью
11. Иррадиация болей в левое надплечье часто наблюдается при:
А) Ферментативном перитоните
Б) Мочевом перитоните
В) Каловом перитоните
Г) Гнилостном перитоните
Д) Разрыве селезенки*
12. Синдром системной реакции на воспаление при перитоните включает следующие признаки, кроме
А) повышения креатинина (более 170 мкмоль\л) и мочевины крови (более 20 ммоль\л)*
Б) повышения или снижения температуры тела (выше 38 °С или ниже 36 °С в случаях анергии)
В) тахикардии (более 90 в 1 мин)
Г) тахипноэ (увеличение частоты дыхания свыше 20 в 1 мин)
Д) лейкоцитоза (свыше 12 000 в 1 мм3) или снижения количества лейкоцитов (ниже 4000 в 1 мм3), палочкоядерный сдвиг более чем на 10 %.
13. Для декомпенсированной стадии перитонита характерно:
А) Снижение болевого синдрома*
Б) Усиление болей
В) Брадикардия
Г) Учащенный стул и мочеиспускание
Д) Гиперперистальтика
14. Симптом «ваньки-встаньки» характерен для:
А) Перитонита аппендикулярного происхождения
Б) Ферментативного перитонита
В) Разрыва селезенки*
Г) Все ответы правильные
Д) Нет правильного ответа
15. Местный неограниченный перитонит обычно сопровождает:
А) Перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
Б) Острую кишечную непроходимость
В) Поддиафрагмальные абсцессы

Г) Деструктивные формы аппендицита*
Д) Туберкулез брюшины
16. Лейкопения характерна для:
А) Пельвиперитонита
Б) Распространенного гнойного перитонита
В) Местного неотграниченного перитонита
Г) Канкрозного перитонита*
Д) Ферментативного перитонита
17. Для перитонита у детей характерно:
А) Преобладание общих симптомов над местными*
Б) Выраженная локальная болезненность
В) Гипотермия
Г) Отсутствие выраженных изменений в клиническом анализе крови
Д) Подострое течение
18. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:
А) Преобладание местных симптомов над общими
Б) Нормо- и брадикардия
В) Резкая гипертермия
Г) Бурное быстропрогрессирующее течение*
Д) Все ответы правильные
19. Консервативное лечение без операции допустимо для:
А) Перитонита вследствие перфорации полого органа
Б) Флегмонозного аппендицита
В) Гонококкового пельвиоперитонита*
Г) Абсцесса Дугласова пространства
Д) Всех вышеперечисленных заболеваний
20. При тазовом отграниченном перитоните используются операционные доступы:
А) Нижнесрединная лапаротомия
Б) Доступ через прямую кишку*
В) Верхне-срединная лапаротомия
Г) Доступ по Фанненштилю
Д) Федорову

Тема: «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки»

1. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные
А) кроме наличия "ниши"
Б) кроме нарушения эвакуации содержимого
В) кроме отключенного желчного пузыря*
Г) кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки
Д) кроме конвергенции складок желудка
2. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
а) сроком с момента прободения
б) степенью воспалительных изменений брюшины*
в) величиной перфоративного отверстия
г) локализацией перфоративного отверстия
д) возрастом больного
3. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
а) анализ кала на скрытую кровь
б) контрастную рентгеноскопию желудка
в) анализ желудочного сока на скрытую кровь

г) фиброгастроскопию*
д) определение гемоглобина и гематокрита
4. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место
а) мелена
б) симптом мышечной защиты
в) рвота застойным желудочным содержимым
г) брадикардия
д) коллапс*
5. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
а) малой кривизны желудка
б) кардиального отдела желудка
в) антрального отдела желудка
г) нижнего отдела пищевода
д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки*
6. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
а) иссечения язвы
б) ушивания язвы
в) резекции желудка
г) пилоропластики с ваготомией
д) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле*
7. При перфоративной язве желудка необходимо провести
а) экстренную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции*
б) зондирование желудка и аспирацию содержимого. интенсивную инфузионную и антибактериальную терапию
в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
8. Регулятором желудочной секреции, доступным хирургическому воздействию, является
А) секретинпродуцирующие (S-) клетки двенадцатиперстной кишки
Б) джи-клетки антрального отдела желудка*
В) рецепторы гистамина париетальных клеток
Г) мейсиерово сплетение
Д) ауэрбахово сплетение
9. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
а) рвота
б) желудочное кровотечение
в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости*
г) частый жидкий стул
д) икота
10. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
а) доскообразный живот*
б) сильные боли в эпигастрии
в) боли в поясничной области
г) повышение лейкоцитоза до 15000
д) легкая желтуха склер и кожных покровов
11. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
а) затеканием содержимого по правому боковому каналу*

б) рефлекторными связями через спинномозговые нервы
в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
г) развивающимся разлитым перитонитом
д) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

12. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни

а) остановившееся желудочное кровотечение
б) перфоративная язва*
в) пенетрирующая язва
г) стеноз выходного отдела желудка
д) малигнизированная язва

13. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является

а) двенадцатиперстная кишка*
б) пилорический отдел желудка
в) малая кривизна желудка
г) большая кривизна желудка
д) кардиальный отдел желудка

14. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

а) в абдоминальном отделе пищевода*
б) в кардиальном отделе желудке
в) в антральном отделе желудка
г) в пилорическом отделе желудка
д) в теле желудка

15. 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 при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков*

16. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

а) тахикардия
б) схваткообразная боль
в) локализованная, умеренная боль
г) внезапно возникшая интенсивная боль*
д) жидкий стул

17. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют,кроме

а) малый диаметр прободного отверстия
б) незначительное наполнение желудка
в) топографическая близость соседних органов
г) большой диаметр прободного отверстия*
д) хорошо развитый большой сальник

18. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

а) резекция желудка
б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
в) ушивание прободной язвы*
г) ушивание и гастроэнтероанастомоз
д) резекция желудка на выключение

19. Для эрозий гастродуоденальной зоны характерно
А) отсутствие осложнений в их течении
Б) наличие конвергенции складок слизистой вокруг дефекта
В) обязательное повреждение мышечного слоя стенки
Г) поверхностная в пределах слизистой локализация*
Д) четкие клинические проявления
20. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуются
А) плотными краями
Б) частыми сезонными обострениями
В) округлой или овальной формой дефекта*
Г) способностью пенетрировать в окружающие органы и ткани

Тема: "Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холециститы. Холедохолитиаз"

1. Острый холецистит обычно начинается с:
а) повышения температуры
б) появления рвоты
в) болей в правом подреберье*
г) расстройства стула
д) тяжести в эпигастральной области
2. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:
а) внезапно, остро*
б) после продромального периода
в) исподволь, постепенно
г) после длительного голодания
д) после переохлаждения
3. Нормальные показатели билирубина крови:
а) 0,10-0,68 мкмоль/л
б) 8,55-20,52 мкмоль/л*
в) 2,50-8,33 мкмоль/л
г) 3,64-6,76 мкмоль/л
д) 7,62-12,88 мкмоль/л
4. Основным методом исследования больных с неосложненным холециститом является:
а) инфузионная холеграфия
б) ЭРПХГ
в) УЗИ желчного пузыря*
г) лапароскопия
д) гастродуоденоскопия
5. Ширина холедоха в норме равна:
а) до 0,5 см
б) 0,6-1,0 см*
в) 1,1-1,5 см
г) 1,6-2,0 см
д) свыше 2,0 см
6. Индекс литогенности желчи определяется соотношением:
а) холестерина, билирубина и лецитина
б) билирубина, желчных кислот и лецитина
в) холестерина, желчных кислот и билирубина
г) холестерина, желчных кислот и лецитина*
д) билирубина и лецитина
7. Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:
а) холецистостомию
б) холецистэктомию от шейки

в) холецистэктомию от дна
г) лапароскопическую холецистостомию*
д) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому

8. После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:
а) по Робсону - Вишневскому
б) по Холстеду – Пиковскому*
в) по Спасокукоцкому
г) по Керу
д) сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

9. Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем, кроме:
а) наличия мелких камней в холедохе
б) подозрения на рак большого дуоденального сосочка
в) расширения холедоха
г) механической желтухи в анамнезе
д) отключенного желчного пузыря*

10. Истинный постхолецистэктомический синдром может быть обусловлен только:
а) рубцовым стенозом холедоха
б) не найденным во время операции камнем холедоха*
в) стенозом большого дуоденального соска
г) дуоденостазом
д) снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холицистэктомии

11. К осложнениям острого калькулезного холецистита не относят:
а) варикозное расширение вен пищевода*
б) механическую желтуху
в) холангит
г) подпеченочный абсцесс
д) перитонит

12. Симптом Курвуазье не характерен для:
а) острого калькулезного холецистита*
б) рака головки поджелудочной железы
в) индуративного панкреатита
г) опухоли большого дуоденального соска
д) опухоли холедоха

13. Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, не характерно:
а) симптом Курвуазье*
б) повышение прямого билирубина крови
в) повышение щелочной фосфатазы
г) резкое повышение уровня трансаминаз в плазме
д) отсутствие стеркобилина в кале

14. Для уточнения характера желтухи и ее причины возникновения не используется:
а) компьютерная томография
б) внутривенная холецистохолангиография
в) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
г) ЭРХПГ
д) УЗИ*

15. Для клиники острого обтурационного холангита не характерно:
а) желтуха
б) повышение температуры
в) уменьшение размеров печени*
г) лейкоцитоз со сдвигом влево
д) увеличение печени

16. Для колики вызванной холелитиазом не характерно
а) боль в правом боку
б) тошнота

в) симптом Щеткина-Блюмберга в правом боку*
г) с-м Ортнера
д) с-м Мерфи

17. Для клиники острого холангита не характерно:
а) высокая температура
б) боли в правом подреберье
в) желтуха
г) лейкоцитоз
д) неустойчивый жидкий стул*

18. Перемежающаяся желтуха вызывается:
а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха
б) опухолью холедоха
в) камнем пузырного протока
г) вентильным камнем холедоха*
д) стриктурой холедоха

19. В случае желчнокаменной болезни экстренная операция показана при:
а) окклюзии пузырного протока
б) холецистопанкреатите
в) перфоративном холецистите*
г) механической желтухе
д) печеночной колике

20. Осложнением холедохолитиаза является:
а) водянка желчного пузыря
б) эмпиема желчного пузыря
в) желтуха, холангит*
г) хронический активный гепатит
д) перфоративный холецистит, перитонит

Тема «Заболевания щитовидной железы»

1. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:
а) потери сознания
б) симптома Хвостека*
в) гипертермии
г) тахикардии
д) нервно-психических расстройств

2. При тиреотоксикозе наблюдается:
а) уменьшение пульсового давления*
б) патологическая мышечная слабость
в) светобоязнь
г) патологическая жажда
д) несахарное мочеизнурение

3. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:
а) кровотечение
б) воздушная эмболия
в) жировая эмболия*
г) повреждение трахеи
д) поражение возвратного нерва

4. Для болезни Гревса-Базедова не характерно наличие:
а) зоба
б) тахикардии
в) экзофтальма
г) диастолического шума на верхушке сердца*
д) все перечисленное характерно для данного заболевания

5. Гипокортицизму, сопутствующему тиреотоксическому зобу, не соответствует:
а) эозинофилия*
б) адинамия
в) гиперплазия лимфоидного аппарата
г) увеличение пульсового давления
д) все перечисленное соответствует данному заболеванию
6. Наиболее частым осложнением струмэктомии является:
а) повреждение возвратного нерва
б) рецидив тиреотоксикоза
в) тетания
г) гипотиреоз*
д) прогрессирующий экзофтальм
7. Сходство узлового и диффузного токсического зоба в том, что они:
а) вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
б) поражают лиц одного возраста
в) часто дают экзофтальм
г) имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза*
д) все верно
8. Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы не применяется:
а) пробная эксцизия
б) пункционная биопсия толстой иглой
в) трепанбиопсия
г) определение титра антител к щитовидной железе
д) пункционная биопсия тонкой иглой*
9. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии обусловлены:
а) гипотиреозом
б) тиреотоксическим кризом
в) травмой гортанных нервов
г) гипопаратиреозом*
д) остаточными явлениями тиреотоксикоза
10. Проявлением тиреотоксикоза не является:
а) симптом Греффе и Мебиуса
б) тахикардия
в) экзофтальм
г) тремор нижних конечностей
д) увеличение щитовидной железы*
11. При развитии паратиреоидной тетании после струмэктомии показано:
а) гемотрансфузия
б) гипотермия
в) оксигенотерапия
г) микродозы йода
д) все перечисленное неверно*
12. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:
а) эпидемический
б) спорадический
в) острый струмит
г) эндемический*
д) массовый тиреотоксикоз
13. Не является признаком тиреотоксического сердца:
а) мерцательная аритмия
б) кардиодилятация
в) систолический шум на верхушке
г) высокое систолическое давление
д) низкое систолическое давление*

Тема «Острые и хронические заболевания легких»

1.Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является

а) внутриартериальное введение антибиотиков
б) лечебные бронхоскопии
в) внутримышечное введение антибиотиков
г) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия
д) сочетание всех вышеперечисленных методов*

2. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются

а) пневмотомия
б) клиновидная резекция легкого
в) пневмоэктомия*
г) лобэктомия
д) торакопластика

3. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются

а) бронхиальный свищ, эмпиема плевры
б) внутриплевральное кровотечение
в) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
г) нагноение послеоперационной раны
д) все перечисленные*

4. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является

а) бронхография*
б) рентгенография
в) рентгеноскопия
г) томография
д) компьютерная томография

5. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает

а) верхние доли обоих легких
б) базальные сегменты нижних долей
в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого*
г) среднюю долю
д) отдельные сегменты обоих легких

6. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"

а) является характерным только для бронхоэктатической болезни
б) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры*
в) более характерен для пороков сердца
г) характерен для актиномикоза
д) характерен для туберкулеза

7. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является

а) верхняя доля
б) средняя доля
в) нижняя доля*
г) правильно а) и б)
д) любая доля и любой сегмент обоих легких

8. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) гемостатическая терапия
б) искусственный пневмоторакс
в) пневмоперитонеум

г) тампонада дренирующего бронха*
д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

9. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) плевральная пункция
б) назотрахеальная катетеризация
в) микротрахеостома
г) лечебная бронхоскопия*
д) дренирование плевральной полости

10. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является

а) боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации*
б) кашель с большим количество гнойной мокроты
в) высокая температура
г) кровохарканье
д) симптом "барабанных палочек"

11. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования без прорыва в бронх?

а) оперативное лечение – резекция легких
б) оперативное лечение – пневмотомия
в) пункция плевральной полости
г) оперативное лечение – торакопластика
д) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация*

12. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого:

1) эмпиема плевры
2) пиопневмоторакс
3) флегмона грудной клетки
4) амилоидоз
5) абсцесс головного мозга
6) легочное кровотечение.

а) 1, 2, 6*
б) 1, 2, 4
в) 2, 3, 5
г) 3, 4, 6
д) 2, 5, 6

13. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

а) пункция и дренирование плевральной полости
б) торакотомия с тампонадой полости абсцесса
в) торакотомия с лобэктомией
г) пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ, с промыванием полости антисептиками и антибиотиками*
д) общая антибиотикотерапия

14. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающего 1-2 сегмента

а) сегментарная резекция легкого*
б) дренирование полости абсцесса
в) пульмонэктомия
г) иссечение полости абсцесса
д) лобэктомия

15. При рентгенографии у больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

а) кавернозный туберкулез
б) паразитарная киста легкого
в) бронхоэктатическая болезнь
г) рак легкого
д) хронический абсцесс легкого*

16. Бронхоэктазы развиваются вследствие:

1) врожденных причин
2) хронической пневмонии
3) туберкулеза легких
4) нарушения проходимости бронхиального дерева
5) курения

а) 1, 3, 5
б) 2, 4, 5
в) 1, 2, 4*
г) 1, 3, 4, 5
д) 3, 4, 5

17. Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу "барабанных палочек", коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза какому методу отдадите предпочтение?

а) бронхоскопия
б) спирометрия
в) бронхография
г) томография*
д) рентгеноскопия грудной клетки

18. Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод

а) дыхательной гимнастики
б) внутримышечной антибиотикотерапии канамицином
в) лечебной бронхоскопии*
г) ингаляции с тетрациклином
д) массаж грудной клетки

19. У больной 55 лет в нижней доле правого легкого выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику

а) удаление нижней доли*
б) пульмонэктомия
в) лечебный пневмоторакс
г) отказаться от операции
д) удаление верхней доли

20. Хирургический метод лечения хронической эмпиемы плевры основан на проведении:

а) пульмонэктомии
б) нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов
в) сегментэктомии
г) плеврэктомии и торакопластики*
д) лобэктомии

Критерии оценивания

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

3.3.Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.25 Хирургические болезни

Ситуационная задача №_**1**__

	Код	**Текст ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз — 10.2×10/9/л.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
В	2	**Какое заболевание следует исключить?**
В	3	**Показана ли экстренная операция?**
В	4	**Ваша лечебная тактика и обследования?**

Оценочный лист
к ситуационной задаче №_**1**__

Вид	**Код**	**Текст ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского

		положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз — 10.2×10/9/л.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
Э		1.Аппендикулярный инфильтрат. 2. Аппендикулярный абсцесс 3.Опухоль слепой кишки, ободочной кишки, червеобразного отростка.
Р2	отлично	Формулирует предварительный диагноз правильно и полностью.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не указывает на опухолевое образование; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	**Какое заболевание следует исключить?**
Э	-	Опухоль слепой кишки, ободочной кишки, червеобразного отростка.
Р2	отлично	Формулирует заболевание правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, не дифференцирует локализацию опухолевого образования; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	3	**Показана ли экстренная операция?**
Э		Не показана, при аппендикулярном абсцессе в отсроченном порядке, при опухолях в плановом порядке
Р2	отлично	Формулирует показания правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует показания правильно, не дифференцирует в зависимости от нозологии; для оценки «удовлетворительно»: формулирует показания не полностью, указывает на одно возможное заболевание
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	4	**Ваша лечебная тактика и обследования?**
Э		1.Консервативное лечение при аппендикулярном инфильтрате, оперативное лечение при аппендикулярном абсцессе и опухолях. 2. УЗИ, КТ, МРТ с контрастированием, колоноскопия.
Р2	отлично	Формулирует тактику лечения и необходимые обследования правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует тактику и обследования правильно, не дифференцирует по нозологиям;

		для оценки «удовлетворительно»: формулирует тактику не полностью, указывает на одно возможное заболевание, не дифференцирует обследования по нозологиям
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

Ситуационная задача №_**2**_

_

	Код	**Текст ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Б. 44 лет, поступила в приемный покой с жалобами на слабость, головокружение. Последние 3-4 дня беспокоили боли в надчревной области и изжога. Шесть часов назад внезапно появилось головокружение, слабость и черный жидкий стул. Состояние больной средней тяжести.. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд\мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. При рентгеноскопии свободного газа не определяется. Анализ крови: эритроциты – $3,0X10^{12}$\л, гемоглобин – 100 г\л, лейкоциты - $8X10^{9}$\л, СОЭ - 40 мм\ч.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
В	2	**Перечислите заболевания для дифференциального диагноза**
В	3	**Дополнительные методы обследования**
В	4	**Ваша лечебная тактика?**

Оценочный лист
к ситуационной задаче №_**2**__

Вид	**Код**	**Текст ситуационной задачи**
С	32.05.01	Медико-профилактическое дело
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Больная Б. 44 лет, поступила в приемный покой с жалобами на слабость, головокружение. Последние 3-4 дня беспокоили боли в надчревной области и изжога. Шесть часов назад внезапно появилось головокружение, слабость и черный жидкий стул. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд\мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Сердце и

		легкие без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. При рентгеноскопии свободного газа не определяется. Анализ крови: эритроциты – $3,0X10^{12}$\л, гемоглобин – 100 г\л, лейкоциты - $8X10^{9}$\л, СОЭ - 40 мм\ч.
В	1	**Ваш предварительный диагноз?**
Э		Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта II степени (ортостатическая гипотензия)
Р2	отлично	Формулирует предварительный диагноз правильно и полностью.
Р1	Хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагноз правильно, неточно определяет степень тяжести кровопотери; для оценки «удовлетворительно»: формулирует диагноз не полностью, не указывает степень тяжести кровопотери;
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать диагноз
В	2	**Перечислите заболевания для дифференциального диагноза**
Э	-	Язвенная болезнь желудка и\или двенадцатиперстной кишки; Опухоли верхних отделов ЖКТ; Синдром Меллори-Вейса; Геморрагический эзофагит, гастрит; Портальная гипертензия, варикозные вены пищевода и желудка
Р2	отлично	Формулирует заболевания правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует диагнозы правильно, но перечень не полный; для оценки «удовлетворительно»: формулирует не более двух диагнозов
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	3	**Дополнительные методы обследования**
Э		Экстренная эзофагогастродуоденоскопия для определения источника и активности кровотечения по Forest
Р2	отлично	Формулирует необходимость ЭГДС правильно и полностью приводит классификацию активности кровотечения по по Forest.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует необходимость ЭГДС правильно, но затрудняется в оценке активности кровотечения по Forest; для оценки «удовлетворительно»: формулирует необходимость ЭГДС, но не приводит необходимость оценки активности кровотечения по Forest;

Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
В	4	**Ваша лечебная тактика?**
Э		1.Госпитализация больной в отделение хирургии; 2. Местная и общая гемостатическая и инфузионная терапия; 3. Эндоскопический гемостаз или профилактика повторного кровотечения; 4. При продолжающемся кровотечении и отсутствии эффекта от эндоскопических и эндоваскулярных процедур оперативное лечение
Р2	отлично	Формулирует тактику лечения правильно и полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Указываются дескрипторы неполного ответа на вопрос Для оценки «хорошо»: формулирует тактику правильно, не дифференцирует по последовательности применения методов; для оценки «удовлетворительно»: формулирует тактику не полностью, указывает на применение одного из возможных методов
Р0	неудовлетворительно	Не может сформулировать ответ
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	

3.4.Оценка практических навыков по дисциплине Б1.О.25 Хирургические болезни

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка___ **Status localis у пациента с острым аппендицитом**

С	32.05.01	Медико-профилактическое дело	
ТД	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах		
	Действие	**Проведено**	**Не проведено**
	Поверхностная ориентировочная пальпация живота:		
1.	Положение больного на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпация проводится слева направо, при отсутствии жалоб на боли в животе и по направлению к очагу боли при ее наличии, с учетом топографии областей живота. Исследование проводят мягкими движениями, аккуратно производя надавливания.	1 балл	-1 балл
3.	Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением	2 балла	-2 балла

	пальцев в брюшную стенку и скольжением их вместе с кожей.		
4.	Проверка симптома Раздольского: при перкуссии брюшной стенки возникает болезненность в правой подвздошной области.	1 балл	-1 балл
5.	Проверка симптома Ровзинга: при надавливании или толчке ладонью в левой подвздошной области возникают боли в правой подвздошной области	1 балл	-1 балл
6.	Проверка симптома Ситковского: при повороте больного на левый бок возникает болезненность в правой подвздошной области	1 балл	-1 балл
7.	Проверка симптома Щеткина – Блюмберга: пальпация в одной из топографических областей живота. Надавливание на живот пальцами кисти, и резкое отдергивание руки. Дать заключение: симптом раздражения брюшины, является положительным, если возникновение или усиление болей происходит при резком отдергивании руки, а не при надавливании	3 балла	-3 балла Неполное действие -1 балл
	Итого	10	

Общая оценка:
«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее % выполнения

Название практического навыка___ **Status localis у пациента с острым холециститом**

С	32.05.01	Медико-профилактическое дело	
ТД	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах		
	Действие	**Проведено**	**Не проведено**
	Поверхностная ориентировочная пальпация живота:		
1.	Положение больного на спине, ноги согнуты в коленях до 130-150°. Врач справа от больного сидя на отдельно стоящем стуле.	1 балл	-1 балл
2.	Пальпация проводится слева направо, при отсутствии жалоб на боли в животе и по направлению к очагу боли при ее наличии, с учетом топографии областей живота. Исследование проводят мягкими движениями, аккуратно производя надавливания.	1 балл	-1 балл
3.	Далее делается плавное, осторожное сгибание пальцев во вторых межфаланговых сочленениях с небольшим погружением пальцев в брюшную стенку и скольжением их вместе с кожей.	1 балл	-1 балл

4.	Проверка симптома Георгиевского-Мюсси: «френикус-симптом»: болезненность при надавливании в правой надключичной области между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.	2 балла	-1 балла
5.	Проверка симптома Мерфи: резкое усиление болезненности при надавливании в проекции желчного пузыря на глубоком вдохе или при кашле	2 балла	-2 балла
6.	Проверка симптома Ортнера-Грекова: болезненность при перкуссии по краю реберной дуги в области желчного пузыря	1 балл	-1 балл
7.	Проверка симптома Пекарского: боль при надавливании на основание мечевидного отростка.	2 балла	-2 балла
	Итого	10	

Общая оценка:
«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее % выполнения

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена
Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.
Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.
Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.
Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.