



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Фонд оценочных средств по дисциплине | «Паллиативная помощь» |
| Образовательная программа | Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза |
| Квалификация (специальность) | врач-медико-социальный эксперт |
| Форма обучения | очная |

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и) кафедры онкологии с курсом анестезиологии и реаниматологии

| ИОФ | Ученая степень, ученое звание | Место работы (организация) | Должность |
|--------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| Е.П. Куликов | Д.м.н., профессор | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | Заведующий кафедрой |
| А.И. Судаков | к.м.н. | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | ассистент |

Рецензент (ы):

| ИОФ | Ученая степень, ученое звание | Место работы (организация) | Должность |
|---------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| А.В. Федосеев | д.м.н., профессор | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | заведующий кафедрой общей хирургии, травматологии и ортопедии |
| В.Л. Добин | д.м.н., профессор | ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России | профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии |

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

| | |
|---|--|
| ФГОС ВО | Приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 № 13 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза» |
| Порядок организации и осуществления образовательной деятельности | Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры" |

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Пример ситуационной задачи:

Больная К, 53 лет, обратилась к терапевту по месту жительства с жалобами на примесь крови и слизи в кале, запоры в течение двух месяцев. Постоянно принимает слабительные средства. Терапевт назначил терапию по поводу СРК – без эффекта. В течение последней недели появились периодические боли вокруг пупка, сопровождающиеся вздутием живота. При повторном обращении направлена к онкологу. При осмотре больной: в области печеночного угла толстой кишки пальпируется плотное, ограниченно смещаемое образование диаметром около 5 см, безболезненное, живот подвздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 – 3 см. Перитонеальных симптомов нет. *Per rectum*: в прямой кишке дополнительных образований не выявлено, на перчатке кал с примесью крови. При проведении колоноскопии: в области нисходящего отдела толстой кишки определяется бугристая опухоль, суживающая просвет на 2/3, контактно кровоточащая. Взята биопсия. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При УЗИ органов брюшной полости: множественные билобарные вторичные изменения в печени.

Сформулируйте предварительный диагноз.

- Какую ошибку допустил участковый терапевт при первичном обращении больной?
- Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- Показана ли операция при данном процессе? Если показана – каков ее объем и характер?
- Показано ли в данном случае проведение ПХТ? Если показано, какие схемы можете предложить?
- Скрининг больных и факторы риска данного заболевания.
- Диспансерное наблюдение.

Критерии оценки ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Контрольные вопросы для собеседования:

- Принципы хирургической помощи больным IV клинической группы
- Показания и методики трахеотомии
- Показания и методики перевязки наружной сонной артерии
- Показания и методики плевростомии
- Показания и методики лапаростомии
- Показания и методики колостомии
- Показания и методики дренирования желчных путей
- Показания и методики нефростомии

- Показания и методики гастростомии
- Возможности эндоскопического стентирования
- Острая задержка мочи у онкобольных

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется ординатору, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится ординаторам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Пример тестовых заданий:

1. Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является...

- 1 извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
- 2 протокол запущенности
- 3 выписка из медицинской карты
- 4 контрольная карта диспансерного наблюдения
- 5 форма 090-у

2. Целью паллиативной помощи онкологическим больным является:

- 1 продление жизни
- 2 проведение эвтаназии
- 3 создание иллюзии лечения
- 4 улучшение качества жизни

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации во 2 семестре - зачет.

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачёта

Зачет проходит в форме тестирования. Студенту достаётся вариант теста, путем случайного выбора, содержащий 20 вопросов по темам изученного материала и предоставляется 20 минут на его решение.

Критерии сдачи зачета:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; при выполнении тестовых заданий без ошибок более 50 % заданий.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изучения учебного материала; при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации

ОПК-4 (Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов)

ОПК-5 (Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность)

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Паллиативная помощь – это:

- а) купирование боли, поддержка при решении психологических проблем;
- б) духовная поддержка и помощь в подготовке к смерти;
- в) комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, включающий медицинскую, социальную и психологическую поддержку больного и членов его семьи.

г) лечение незначительных симптомов.

2. Паллиативная помощь должна осуществляться:

- а) только медицинскими работниками;
- б) только членами семьи и/или друзьями больного;
- в) только социальными работниками и священнослужителями;
- г) всеми перечисленными группами.

3. Качество жизни зависит от параметров личности:

- а) физических и духовных;
- б) физических и социальных;
- в) психологических и социальных;
- г) физических, психологических, духовных и социальных.

4. При отказе пациента от лечения, если он не в состоянии глубокой депрессии, не болен психически, не представляет угрозу для окружающих, врач должен:

- а) настаивать на лечении;
- б) не настаивать на лечении, даже если отказ может ускорить смерть;
- в) взять расписку об отказе от лечения;
- г) правильного ответа нет.

5. Цель общения с пациентом терминальным раком:

- а) вселить надежду на выздоровление;
- б) отвлечь от мыслей о надвигающейся смерти;
- в) избавить от неопределенности и придать новое значение отношениям с окружающими;

г) правильного ответа нет.

6. Инициатива к общению с родственниками больного должна исходить:

- а) от пациента;
- б) от среднего медперсонала;
- в) от родственников;
- г) от врача.

7. Обсуждение с пациентом диагноза и прогноза зависит от желания:

- а) семьи больного;
- б) самого пациента;
- в) врача;
- г) проводится в любом случае.

8. Активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной это:

- а) симптоматическое лечение;
- б) активная поддерживающая терапия;
- в) паллиативная помощь;
- г) системная полихимиотерапия.

9. Целью паллиативной помощи онкологическим больным является:

- а) продление жизни;
- б) проведение эвтаназии;
- в) создание иллюзии лечения;
- г) улучшение качества жизни.

10. Цель духовной поддержки неизлечимо больных:

- а) усилить глубокое личное взаимодействие между пациентом, семьей и медицинским работником;
- б) вселить надежду на выздоровление;
- в) отвлечь от прогрессирующего ухудшения состояния;
- г) правильного ответа нет.

11. Специализированные службы паллиативной помощи при онкологическом заболевании:

- а) специальная медицинская группа врачей онкологов;
- б) бригады, объединяющие работников различного профиля, работающие на базе больницы или непосредственно среди населения;
- в) врач и специалист по социальной работе;
- г) бригада социальных работников, психологов, районных терапевтов.

12. Какая группа незлокачественных заболеваний занимает первое место по количеству больных, нуждающихся в паллиативной помощи:

- а) заболевания сердечно-сосудистой системы;
- б) патология ЦНС;
- в) нервно-мышечная дегенерация;
- г) болезни дыхательной системы.

13. Хосписная помощь — это:

- а) вариант эвтаназии;
- б) философское учение;
- в) метод исследования в диетологии;
- г) вариант паллиативной помощи.

14. Хоспис – это:

- а) платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;

б) бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;

в) платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала;

г) бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала.

15. Какая идея лежит в основании концепции хосписа?

а) идея собрать всех больных в одном месте;

б) идея паллиативной помощи;

в) идея изоляции больных от общества;

г) идея помочь родственникам больного.

16. Синоним слова инкурабельный больной:

а) неизлечимый больной;

б) страдающий больной;

в) умирающий больной;

г) онкологический больной.

17. Паллиативная помощь больным должна начинаться с момента:

а) если установлен диагноз неизлечимого заболевания;

б) если пациенты испытывают физические или другого вида страдания;

в) если заболевание прогрессирует и переходит в терминальную стадию;

г) если больным требуется специализированная паллиативная помощь.

18. Эксперты ВОЗ считают, что основными положениями программы развития паллиативной помощи должны быть:

а) паллиативная помощь является неотложной гуманитарной потребностью во всем мире для людей с заболеваниями в терминальной фазе;

б) паллиативная помощь должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи;

в) паллиативная помощь должна быть гарантированной для всех слоев населения, независимо от конфессий, вероисповеданий;

г) все варианты ответов верны.

19. Облегчение страданий при онкологическом заболевании:

а) действие, направленное на уменьшение боли при онкологическом заболевании;

б) помощь в гигиенических процедурах;

в) помощь в кормлении пациента;

г) это социальная помощь.

20. Наиболее крупными организациями являются:

а) Армия спасения;

б) Юнеско;

в) Волонтерская программа объединенных наций;

г) все ответы верные.

21. Показания к назначению бисфосфонатов:

а) гипокальциемия;

б) профилактика патологических переломов;

в) остеолитические метастазы;

г) остеосклероз.

22. Показания к назначению колониестимулирующих факторов:

а) иммуностимуляция;

б) профилактика отдаленного метастазирования;

в) нейтропения;

г) для уменьшения доз цитостатиков без потери их противоопухолевой эффективности.

23. В первую очередь при бессоннице необходимо:

- а) назначить снотворные препараты,
- б) провести психотерапию,
- в) назначить антидепрессанты,
- г) выяснить причину бессонницы.

24. Купировать икоту помогает:

- а) обильное питье;
- б) слабительные;
- в) метоклопрамид;
- г) все перечисленные средства.

25. При одышке, вызванной канцероматозом легких применяют:

- а) кортикостероиды;
- б) опиаты;
- в) бензодиазепины;
- г) все перечисленные средства.

26. Дисфагия может быть обусловлена:

- а) грибковой инфекцией;
- б) опухолью пищевода;
- в) опухолью шеи или средостения;
- г) всеми перечисленными факторами.

27. Причиной одышки у онкологического больного может быть:

- а) анемия;
- б) почечная недостаточность;
- в) прием морфина;
- г) а + б.

28. Выбор тактики при паллиативной помощи зависит:

- а) от локализации опухоли;
- б) от возраста пациента;
- в) от стадии опухолевого процесса;
- г) от стадии опухолевого процесса и жизненного прогноза.

29. Наиболее эффективно лечение одышки:

- а) кортикостероидами;
- б) ингаляцией увлажненного кислорода;
- в) опиатами;
- г) методами управления дыханием.

30. Причиной кашля у онкологического больного может быть:

- а) опухоль средостения;
- б) кахексия;
- в) прием кортикостероидов;
- г) прием опиоидных анальгетиков.

31. Симптоматическое лечение кашля предусматривает:

- а) назначение опиатов;
- б) эндоскопическую резекцию опухоли;
- в) брахитерапию;
- г) системную химиотерапию.

32. Диспепсия может быть вызвана:

- а) метастазами в кости скелета;
- б) назначением бисфосфонатов;
- в) приемом НПВС;
- г) приемом транквилизаторов.

- 33. При тошноте и рвоте вследствие снижения моторики желудка эффективны:**
- а) зофран;
 - б) галоперидол;
 - в) метоклопрамид;
 - г) атропин.
- 34. При тошноте и рвоте на фоне радиотерапии эффективны:**
- а) зофран;
 - б) галоперидол;
 - в) метоклопрамид;
 - г) все перечисленные.
- 35. При кишечной непроходимости на фоне канцероматоза брюшной полости и/или массивного быстро набирающегося после лапароцентеза асцита больному показано:**
- а) срочное хирургическое вмешательство;
 - б) тактика лечения зависит от общего состояния;
 - в) парентеральное питание и инфузионная терапия;
 - г) только симптоматическая терапия.
- 36. Мочевой пузырь иннервируется автономным отделом нервной системы:**
- а) парасимпатическим;
 - б) симпатическим;
 - в) парасимпатическим и симпатическим;
 - г) правильного ответа нет.
- 37. Для лечения гиперкальциемии назначают:**
- а) инфузионную терапию до 3 л в сутки;
 - б) внутривенное введение бифосфонатов;
 - в) инфузионную терапию до 3 л в сутки и внутривенно бифосфонаты;
 - г) внутривенное введение бифосфонатов и кортикостероидов.
- 38. Параплегию вызывает сдавливание спинного мозга на уровне:**
- а) выше L1 – L2;
 - б) ниже L1 – L2;
 - в) выше Th7 – Th8;
 - г) правильного ответа нет.
- 39. Поражение только периферических нервов вызывается повреждением на уровне:**
- а) выше L1 – L2;
 - б) ниже L1 – L2;
 - в) выше Th7 – Th8;
 - г) правильного ответа нет.
- 40. Наиболее часто при сдавливании спинного мозга встречается:**
- а) нарушение сна;
 - б) боль;
 - в) потеря аппетита;
 - г) тошнота и рвота.
- 41. При сдавливании спинного мозга эффективны:**
- а) НПВС;
 - б) антрациклины;
 - в) бисфосфонаты;
 - г) кортикостероиды.
- 42. Причина кожного зуда у онкологических больных:**
- а) гиперкальциемия;
 - б) почечная недостаточность;
 - в) паранеопластический синдром;
 - г) гипокальциемия.

- 43. При эмболии легочной артерии больному распространенным раком проводится:**
- а) стандартная гепаринотерапия с последующим переводом на пероральный прием антикоагулянтов;
 - б) стандартная гепаринотерапия с последующим переводом на пероральный прием антикоагулянтов, если прогноз жизни составляет несколько месяцев и больше;
 - в) только симптоматическая терапия;
 - г) пероральный прием антикоагулянтов.
- 44. Кровохарканье отличается от желудочного или носоглоточного кровотечения:**
- а) предшествующим или сопутствующим кашлем, при этом кровь яркая, пенистая, часто с примесью мокроты;
 - б) наличием рвотных движений, более темным или коричневым цветом крови, иногда с примесью пищи;
 - в) ярким цветом крови, причину кровотечения можно обнаружить при исследовании полости рта и носоглотки;
 - г) правильного ответа нет.
- 45. При специфическом плеврите блеоцин вводится внутриплеврально:**
- а) как цитостатик;
 - б) как склерозант;
 - в) как анальгетик;
 - г) правильного ответа нет.
- 46. При лимфэдеме главным лечением является:**
- а) прием мочегонных;
 - б) давящее бинтование;
 - в) тщательный уход за кожей;
 - г) б + в.
- 47. Отеки могут быть вызваны:**
- а) нарушением лимфооттока;
 - б) низким онкотическим давлением плазмы;
 - в) задержкой ионов натрия;
 - г) всеми перечисленными факторами.
- 48. Тошнота и рвота могут возникать при:**
- а) раке желудка;
 - б) анемии;
 - в) лейкопении II ст.;
 - г) правильного ответа нет.
- 49. При переполнении калом кишечника чаще возникает:**
- а) запор;
 - б) понос;
 - в) боль в животе;
 - г) одышка.
- 50. Лечение психомоторного возбуждения наиболее эффективно:**
- а) иммобилизацией пациента;
 - б) психотерапией;
 - в) комплексной медикаментозной терапией;
 - г) транквилизаторами.
- 51. Механизм хронической боли при раке:**
- а) периферический;
 - б) центральный;
 - в) психологический;
 - г) включает все перечисленное.
- 52. К ноцицепторной боли относится:**
- а) соматическая;

- б) психогенная;
- в) нейропатическая;
- г) каузалгия.

53. Периферическим анальгетическим действием обладают:

- а) ненаркотические анальгетики;
- б) нестероидные противовоспалительные средства;
- в) опиоиды;
- г) а и б.

54. Центральным анальгетическим действием обладают:

- а) нестероидные противовоспалительные средства;
- б) истинные опиаты;
- в) синтетические опиоиды;
- г) б + в.

55. Снижение качества и продолжительности аналгезии при длительной терапии хронической боли морфином обусловлено:

- а) толерантностью;
- б) физической зависимостью;
- в) психической зависимостью;
- г) прогрессированием основного заболевания.

56. Развитие абстинентного синдрома при прекращении введения наркотических анальгетиков обусловлено:

- а) толерантностью;
- б) физической зависимостью;
- в) психической зависимостью;
- г) прогрессированием основного заболевания.

57. Восприятие боли зависит от следующих факторов:

- а) физического состояния пациента;
- б) психоэмоционального состояния пациента;
- в) всех перечисленных;
- г) правильного ответа нет.

58. Обезболивающие препараты назначаются:

- а) по требованию;
- б) по боли;
- в) по часам;
- г) во всех перечисленных случаях.

59. Обезболивающие препараты назначаются:

- а) от более слабого к более сильному;
- б) какие есть в наличии;
- в) с более сильного;
- г) по желанию пациента.

60. Правильной следует считать:

- а) максимальную дозу анальгетика;
- б) минимальную дозу анальгетика;
- в) дозу по желанию пациента;
- г) дозу, которая снимает боль на 4 часа и более.

61. Анальгетики при хронической боли лучше вводить:

- а) внутримышечно;
- б) внутривенно;
- в) per os, per rectum, сублингвально;
- г) по желанию больного.

62. Адыювантная терапия применяется:

- а) при неэффективности основных анальгетиков;

- б) для купирования побочных эффектов анальгетиков;
- в) для купирования других симптомов;
- г) во всех перечисленных случаях.

63. В результате поражения нервных структур возникает следующий тип боли:

- а) соматическая боль;
- б) висцеральная боль;
- в) нейрогенная боль;
- г) правильного ответа нет.

64. Соматическая боль вызывается повреждением:

- а) внутренних органов, серозных оболочек, сосудов;
- б) костей, суставов, сухожилий, связок, мягких тканей;
- в) периферических и центральных нервных структур;
- г) всего перечисленного.

65. Висцеральная боль вызывается повреждением:

- а) внутренних органов, серозных оболочек, сосудов;
- б) костей, суставов, сухожилий, связок, мягких тканей;
- в) периферических и центральных нервных структур;
- г) всего перечисленного.

66. К коанальгетикам относится:

- а) кодеин;
- б) глюкокортикоиды;
- в) баралгин;
- г) все перечисленные препараты.

67. Компонентами единой эндогенной противоболевой системы являются:

- а) энкефалины,
- б) эндорфины;
- в) динорфины;
- г) все перечисленные нейромедиаторы.

68. Значительно усиливает действие анальгетиков:

- а) клофелин;
- б) коринфар;
- в) эуфиллин;
- г) ни один из перечисленных препаратов.

69. Хронический болевой синдром при раке может быть осложнением:

- а) хирургического лечения;
- б) химиотерапии;
- в) лучевого лечения;
- г) всех перечисленных факторов.

70. Чрезмерно сильное болевое ощущение, формирующееся на фоне длительного ноцицептивного раздражителя, как патологическое, когда в качестве болевых воспринимаются и неболевые (например, тактильные) сенсорные стимулы, это:

- а) гипералгезия;
- б) аллодиния;
- в) дислокализация;
- г) гиперестезия.

71. Побочным действием наркотических анальгетиков является:

- а) тошнота;
- б) адинамия;
- в) запор;
- г) все перечисленные симптомы.

72. Побочным действием нестероидных противовоспалительных средств является все, кроме:

- а) - раздражение слизистой ЖКТ;
- б) - геморрагические осложнения;
- в) гранулоцитопения;
- г) кожные аллергические реакции.

73. Центральное место в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных занимает:

- а) этиологическая (противоопухолевая) терапия;
- б) системная фармакотерапия;
- в) регионарные методы аналгезии;
- г) деструктивная нейрохирургия.

74. Локальная фармакотерапия это:

- а) блокада нервов, нейролизис, криоаналгезия;
- б) эпидуральное, интратекальное, интравентрикулярное введение анальгетиков;
- в) электростимуляционная аналгезия;
- г) все перечисленные методы.

75. Эффект периферических анальгетиков обусловлен:

- а) влиянием на сам патологический процесс;
- б) уменьшением болевых ощущений и воспалительных явлений;
- в) стабилизацией клеточных мембран;
- г) всеми перечисленными факторами.

76. Причины перитонеального канцероматоза:

- а) новообразования желудочно-кишечного тракта;
- б) рак яичников;
- в) перитонеальная мезотелиома;
- г) все ответы правильные.

77. Какой из методов диагностики распространённости опухолевого процесса по плевральной полости наиболее информативен:

- а) торакоцентез;
- б) торакоскопия;
- в) КТ органов грудной клетки;
- г) рентгенография органов грудной клетки.

78. Какой из методов диагностики распространённости опухолевого процесса по брюшной полости наиболее информативен:

- а) лапароцентез;
- б) лапароскопия;
- в) ирригоскопия;
- г) обзорная рентгенография органов брюшной полости.

79. Основная причина канцероматоза плевры:

- а) рак легкого;
- б) мезотелиома плевры;
- в) рак молочной железы;
- г) рак щитовидной железы.

80. Асцит у больных циррозом и портальной гипертензией может быть вследствие:

- а) низкого уровня белка сыворотки крови;
- б) множественного метастатического поражения печени;
- в) цирроза печени;
- г) всего перечисленного.

81. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен всеми перечисленными причинами, кроме:

- а) канцероматоза брюшины;
- б) нарушения портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень;
- в) сдавления воротной вены опухолью;
- г) сдавлением вирсунгового протока.

82. Основные варианты паллиативного хирургического лечения стеноза пищевода:

- а) гастростома;
- б) эндоскопическое стентирование стеноза;
- в) эндоскопическая гидробаллонная дилатация стеноза;
- г) резекция пищевода с эзофагопластикой.

83. Основные варианты симптоматического хирургического лечения стеноза пищевода:

- а) гастростома;
- б) еюностома;
- в) эндоскопическая стентирование стеноза;
- г) резекция пищевода с эзофагопластикой.

84. Дисфагия может иметь место:

- а) при ахалазии пищевода;
- б) при раке пищевода;
- в) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) при склеродермии.

85. Степень дисфагии определяется:

- а) консистенцией проходимой пищи;
- б) диаметром пищевода на участке стеноза;
- в) диаметром эндоскопа, проходящего через стеноз;
- г) все ответы правильные.

86. 3 степень дисфагии соответствует:

- а) диаметр пищевода на участке сужения 7 мм;
- б) непрохождение кашицеобразной пищи;
- в) непрохождение твердой пищи;
- г) нет правильного ответа.

87. Паллиативные операции при раке желудка:

- а) гастроэнтероанастомоз;
- б) гастрэктомия;
- в) резекция желудка;
- г) все вышеперечисленное может быть использовано в данном аспекте.

88. Симптоматической операцией при поражении кардиального отдела желудка будет считаться:

- а) резекция верхней трети желудка и нижней трети пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза;
- б) гастрэктомия;
- в) эндоскопическая гидробаллонная дилатация стеноза пищевода;
- г) все ответы правильные.

89. Гастростомия показана при:

- а) неоперабельных раках пищевода и кардии;
- б) питания больных, находящихся без сознания;
- в) кровоточащей язве желудка;
- г) рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода.

90. К отдаленным метастазам рака желудка относятся все перечисленные, кроме:

- а) метастаза Крукенберга;
- б) метастаза Вирхова;
- в) метастаза Шпицлера;
- г) метастазов в желудочно-поджелудочную связку.

91. Операция гастростомии показана:

- а) при неоперабельном раке тела желудка;
- б) при стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванным опухолью;
- в) при всех перечисленных случаях;
- г) ни в одном из перечисленных случаев.

92. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз: острая кишечная непроходимость:

- а) ФГС;
- б) обзорная рентгенография брюшной полости;
- в) лапароскопия;
- г) общий анализ крови.

93. Ведущими клиническими симптомами ОКН являются следующие, кроме:

- а) тошнота;
- б) диарея;
- в) неотхождные стула и газов;
- г) вздутие живота.

94. На обзорной рентгенограмме брюшной полости при ОКН можно увидеть:

- а) "нишу";
- б) "дефект наполнения";
- в) свободный газ в брюшной полости;
- г) чаши Клойбера.

95. При нерезектабельном раке нисходящего отдела ободочной кишки применяется:

- а) операция Гартмана;
- б) трансверзостомия;
- в) левосторонняя гемиколэктомия;
- г) илеотрансверзоанастомоз.

96. При раке сигмовидной кишки с острой кишечной непроходимостью, показана операция:

- а) левосторонняя гемиколэктомия;
- б) операция Гартмана;
- в) колостомия;
- г) резекция сигмовидной кишки.

97. При нерезектабельном раке правой половины ободочной кишки применяется:

- а) правосторонняя гемиколэктомия;
- б) илеотрасверзоанастомоз;
- в) трансверзостомия;
- г) операция Гартмана.

98. При нерезектабельном раке прямой кишки операцией выбора является:

- а) операция Гартмана;
- б) сигмостомия;
- в) экстирпация прямой кишки;
- г) передняя резекция.

99. В каком лечении нуждается больной с желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы:

- а) симптоматическом;
- б) химиотерапии;
- в) наложении желчеотводящего анастомоза;
- г) паллиативной панкреатодуоденальной резекции.

100. Какая стадия стеноза гортани характеризуется наличием одышки в покое, участием в дыхании вспомогательной мускулатуры, акроцианозом, возбуждением больного, тахикардией, подъемом артериального давления

- а) I ст.

- б) II ст.
- в) III ст.
- г) IV ст.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций на совокупном уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения), **«Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности).

Уровень сформированности «Уметь» оценивается по способности соотнести имеющиеся теоретические знания с конкретными клиническими примерами.

Уровень сформированности «Владеть» оценивается в порядке устного опроса по способности пояснить прикладную применимость полученных знаний по ключевым аспектам неотложных состояний.