



ЭЦП Буланов С.И.



ЭЦП Завалко А.Ф.

Утверждено 29.02.2024 г. протокол № 2.  
Председатель Ученого Совета  
ректор д.м.н. профессор С.И. Буланов  
Ученый секретарь Ученого Совета  
д.м.н. профессор А.Ф. Завалко

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«Амбулаторно-поликлиническая хирургия»**

**БЛОК 1  
БАЗОВАЯ ЧАСТЬ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ  
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.67 ХИРУРГИЯ  
Квалификация "Врач – хирург"  
Форма обучения: очная**

**Срок обучения 2 года, 120 з.е.**

Москва

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости  
по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

**Универсальные компетенции:**

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

**Профессиональные (ПК) компетенции:**

**профилактическая деятельность:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

**диагностическая деятельность:**

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

**лечебная деятельность:**

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)

**реабилитационная деятельность:**

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

**психолого-педагогическая деятельность:**

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

**Цель текущего контроля – определение степени сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины**

**ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ  
ДИСЦИПЛИНЫ**

<b>Курс обучения/ семестр</b>	<b>Компетенции</b>	<b>Наименование раздела дисциплины</b>	<b>Содержание раздела:</b>
2 курс, 3 семестр	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5.ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 1. Организация амбулаторно-поликлинической хирургии	Микробная деcontаминация в амбулаторной практике хирурга. Профилактика столбняка. Реабилитация больных, перенесших оперативные вмешательства в условиях стационара. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности. Диспансеризация хирургических больных.

2 курс, 3 семестр	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5.ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 2. Хирургия в амбулаторно-поликлинических учреждениях.	Диагностика и лечение основных хирургических заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Возможности диагностики на современном уровне. Операции и манипуляции, выполняемые хирургом в амбулаторных условиях.
----------------------	--	--	--

### Тестовые задания для текущего контроля

#### Раздел 1. Организация амбулаторно-поликлинической хирургии. *Выберите один или несколько правильных ответов*

##### Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9

1. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются:

- а) Лечащим врачом
- б) Зав отделением
- в) Контрольно-экспертной комиссией
- г) Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Каждым из перечисленных

Эталон ответа: а.

##### Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9

2. Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют: 1. Профсоюзные органы 2. Контрольно-экспертная комиссия 3. Заведующий отделением 4. Бюро медико-социальной экспертизы.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильный ответ 2
- в) Если правильные ответы 1 и 2
- г) Если правильные ответы 3 и 4
- д) Если правильные ответы 2 и 3

Эталон ответа: б.

##### Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются: 1. Определение временной утраты нетрудоспособности 2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе 3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы 4. Все перечисленное.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильные ответы 1 и 2
- в) Если правильные ответы 2 и 3
- г) Если правильный ответ 4
- д) Если правильные ответы 3 и 4

Эталон ответа: г.

##### Компетенции: УК-1

4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой являются: 1. Продолжительность нетрудоспособности 2. Благоприятный клинический прогноз 3. Благоприятный трудовой прогноз 4. Все перечисленное.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
- б) Если правильные ответы 1 и 2
- в) Если правильный ответ 3
- г) Если правильный ответ 4
- д) Если правильные ответы 3 и 4

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

5. Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается

- а) В случае выраженного обострения
- б) При нарушении функции больного органа
- в) При общем тяжелом состоянии больного
- г) Ни в одном из перечисленных случаев
- д) В любом из перечисленных случаев

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-9**

6. Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется: 1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы 2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы 3. Всем перечисленным 4. Временной утраты функции поврежденного органа

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 2
- в) Если правильный ответ 3
- г) Если правильные ответы 3 и 4
- д) Если правильные ответы 2 и 3

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

7. Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

- а) Все трудящиеся
- б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
- в) Только те, которые работают постоянно
- г) Те, которые работают временно или на сезонных работах
- д) Никто из перечисленных

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

8. При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:

- а) С 1 дня
- б) С 3 дня
- в) С 5 дня
- г) С 6 дня
- д) С 14 дня

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

9. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
- б) В день выписки из стационара
- в) Через 3 дня после выписки
- г) Все перечисленное верно
- д) Вопрос решается индивидуально

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

10. Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается:  
1. Медицинским учреждением по месту командировки 2. Выдается только справка о заболевании 3. Со дня возвращения из командировки 4. Листок нетрудоспособности не выдается  
Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 1
- в) Если правильный ответ 4
- г) Если правильные ответы 2 и 3
- д) Если правильный ответ 2

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-9**

11. Сроки временного перевода на другую работу по болезни определяют:

- а) Профсоюзные органы
- б) Контрольно-экспертная комиссия
- в) Заведующий отделением
- г) Лечащий врач
- д) Бюро медико-социальной экспертизы

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

12. Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
- г) Направление в Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

13. Функциями Бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, за исключением:

- а) Продление временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б) Установление группы и причины инвалидности
- в) Определение трудовых рекомендаций инвалидам
- г) Определение времени фактического наступления инвалидности
- д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1**

14. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- а) Систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей
- б) Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительной причины
- в) Появление на работе в нетрезвом состоянии
- г) Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

д) Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

15. Возбудителем фурункула чаще всего является:

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) палочка свиной рожи
- г) клебсиелла
- д) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

16. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) палочка свиной рожи
- г) клебсиелла
- д) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

17. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

- а) линейный разрез
- б) дугообразный разрез
- в) иссечение гнойника
- г) крестообразный разрез
- д) все верно

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

18. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- а) линейный разрез
- б) дугообразный разрез
- в) иссечение гнойника
- г) крестообразный разрез
- д) все верно

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

19. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- а) Оберста-Лукашевича
- б) Брауна
- в) инфильтрационную местную анестезию
- г) блокаду плечевого сплетения
- д) все верно

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

20. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе – нападение бездомной собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- а) первичная хирургическая обработка раны
  - б) ушивание раны
  - в) введение антибиотиков
  - г) профилактика столбняка
- Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5.**

21. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9С. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания – 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит
- в) пандактилит
- г) подкожный панариций

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

22. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39С, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания – 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит
- в) пандактилит
- г) подкожный панариций

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

23. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- а) асфиксия
- б) присоединение анаэробной инфекции
- в) пневмония
- г) поражение нервной системы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

24. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- а) боль
- б) флюктуация
- в) повышение температуры тела
- г) локальная отечность
- д) гиперемия кожи

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

25. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- а) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- б) удалить ноготь
- в) гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем – оперативное лечение

г) в лечении не нуждается.

Эталон ответа: в

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1

**Компетенции:** УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной К., 40 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболел около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании?
3. Назначьте послеоперационное лечение.

Ответ:

**1. Острый аппендицит.**

**2. Симптомы острого аппендицита.**

2.1. Ровзинга – появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области.

2.2. Ситковского – поворот на левый бок вызывает боли в правой подвздошной области.

2.3. Бартомье-Михельсона – больной лежит на левом боку. Выраженные боли при пальпации правой подвздошной области.

2.4. Образцова – производится пальпация правой подвздошной области в положении больного на спине. Боль усиливается при поднимании правой выпрямленной нижней конечности.

2.5. Щеткина-Блюмберга – при отнятии руки от передней брюшной стенки усиливается боль.

**3. Послеоперационное лечение**

Постельный режим в первые сутки.

На вторые сутки полупостельный режим.

Жидкость можно принимать в первые сутки после операции.

Принимать пищу в пределах первого стола можно после восстановления функции кишечника.

Швы снимать на 5-6 сутки после операции, при условии, что рана зажила первичным натяжением.

В течение 21-30 дней при обычном послеоперационном периоде больной нетрудоспособен.

### Задача № 2

**Компетенции:** УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**



1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

### Задача № 3

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
7. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

#### Эталон ответа:

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором аномальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.
2. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
3. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелый. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
4. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.
5. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
6. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
7. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности

до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

#### **Задача №4**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на наличие раны и боли в правой кисти. Три дня назад в быту получил колотую рану локтевого края ладонной поверхности кисти. Рану не обрабатывал, заклеил изоляционной лентой. За медицинской помощью не обращался. Состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,9°C. Правая кисть отечна, пятый палец полусогнут, активные движения им отсутствуют. В проекции пятой пястной кости имеется колотая рана 2x2 мм со скудным мутноватым отделяемым. Пальпация в окружности раны резко болезненна, пассивное разгибание пятого пальца резко болезненно. Пальпация остальной части ладони безболезненная. Движения в лучезапястном суставе и другими пальцами кисти сохранены, безболезненные. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

#### **Эталон ответа:**

Локализация ранения, изолированная болезненность в проекции пятой пястной кости, отсутствие движений пятым пальцем при сохранении движения в остальных суставах указывают на развитие флегмоны пространства *hypothenar*. Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии и оперативному лечению. Кроме того, необходимы мероприятия по экстренной профилактике столбняка.

#### **Задача № 5**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5x0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

#### **Эталон ответа:**

1. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».
2. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

## **Раздел 2. Хирургия в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Выберите один или несколько правильных ответов**

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

1. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- 1) массаж груди
- 2) сцеживание молока
- 3) смазывание сосков дезинфицирующими растворами
- 4) возвышенное положение груди
- 5) УФ-терапия

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5**

2. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- 1) абсцесс Броди
- 2) остеомиелит Гарре
- 3) остеомиелит Олье
- 4) посттравматический остеомиелит

Эталон ответа: 4.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

3. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- 1) на 1 неделе заболевания
- 2) на 2 неделе заболевания
- 3) на 3–4 неделях заболевания
- 4) на 5–6 неделях заболевания

Эталон ответа: 3.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

4. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- 1) к концу 1 недели
- 2) к концу 2 недели
- 3) к концу 3 недели
- 4) к концу 4 недели.

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

5. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1) в диафизе кости
- 2) в эпифизе кости
- 3) в метафизе кости
- 4) не имеет значения

Эталон ответа: 3

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

6. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1) лейкоцитоз
- 2) боль в конечности
- 3) нарушение функции конечности
- 4) гипертермию
- 5) анемию

Эталон ответа: 5.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

7. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

- 1) Обзорную рентгенографию брюшной полости
- 2) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
- 3) ФГДС
- 4) УЗИ брюшной полости
- 5) Лапароскопию

Эталон ответа: 2

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

8. При подозрении на кровоечение из язвы желудка следует произвести:

- 1) Экстренную гастродуоденоскопию
- 2) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- 3) Лапароскопию
- 4) Рентгеноскопию желудка
- 5) Ангиографию

Эталон ответа: 1

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

9. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- 1) Рака толстой кишки
- 2) Рака поджелудочной железы
- 3) Рака печени
- 4) Рака печени и поджелудочной железы
- 5) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Эталон ответа: 3

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

10. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- 1) гиперемию кожи
- 2) атрофию мягких тканей
- 3) деформацию сустава
- 4) нарушение функции сустава
- 5) боли в суставе

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1**

11. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- 1) нагноение
- 2) струп
- 3) грануляции
- 4) все указанное
- 5) ничего из указанного

Эталон ответа: 4.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

12. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) 18–24 часа
- 2) 24–36 часов
- 3) 36–48 часов

- 4) 48–72 часа
  - 5) более 72 часов 194
- Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

13. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) через 6 часов
  - 2) до 18 часов
  - 3) 18–24 часа
  - 4) 24–48 часов
  - 5) более 48 часов
- Эталон ответа: 4.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6**

14. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1) до 6 часов
  - 2) до 12 часов
  - 3) до 18 часов
  - 4) более 24 часов
- Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

15. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующего рожистого воспаления нижних конечностей?

- 1) лимфостаз
  - 2) тромбоз
  - 3) вторичный варикоз
  - 4) сепсис
  - 5) периостит
- Эталон ответа: 3.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

16. Эризпеллоид от панариция отличается:

- 1) отсутствием отека
  - 2) отсутствием локальной болезненности и зудом
  - 3) лимфангитом
  - 4) гиперемией пальца
- Эталон ответа: 2.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

17. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

- 1) тромбоз кавернозного синуса
  - 2) тромбоз сонной артерии
  - 3) периостит верхней челюсти
  - 4) рожистое воспаление лица
  - 5) некроз кожи
- Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

18. При надпоясничной флегмоне ладони не наблюдается:

- 1) отек
- 2) гиперемия
- 3) флюктуация

- 4) нарушение функции
  - 5) гипертермия
- Эталон ответа: 3.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

19. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

- 1) оперировать больного
- 2) назначить антибиотики
- 3) назначить физиотерапевтическое лечение
- 4) наблюдать процесс в динамике

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

20. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- 1) операции
- 2) физиотерапии
- 3) спиртовых компрессов
- 4) антибиотиков
- 5) методов иммунотерапии

Эталон ответа: 1

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

21. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

- 1) I и V
- 2) I и III
- 3) III и IV
- 4) II и IV

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8**

22. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- 1) рассечение
- 2) антибиотикотерапию
- 3) физиотерапию
- 4) профилактику лактостаза
- 5) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

23. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1) болью
- 2) гиперемией
- 3) отсутствием флюктуации
- 4) гипертермией
- 5) лейкоцитозом

Эталон ответа: 3.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

24. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- 1) подмышечной впадины
- 2) паха
- 3) локтевой ямки

- 4) подколенной области
  - 5) не имеет значения
- Эталон ответа: 1.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

25. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи
- 4) клебсиелла
- 5) анаэробы

Эталон ответа: 2.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4<sup>0</sup>С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

**Ответы:**

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
2. ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы.

### Задача № 2

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

К врачу обратилась больная 45 лет с жалобами на мучительные боли, возникающие во время дефекации и сохраняющиеся еще длительное время после нее. В кале - алая кровь. При осмотре в гинекологическом кресле после разведения ягодиц видна трещина на 6 часах, располагающаяся на переходной складке.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

**Эталон ответа:**

1. Диагноз: Трещина прямой кишки.

Обоснование диагноза: Диагноз поставлен на основании очень характерных жалоб больной, наличия крови алого цвета в кале, а также осмотр ануса позволил увидеть дистальный отрезок трещины.

- Дифференциальная диагностика: опухоль, разрыв ,внутренний геморрой.
- Классификация данной патологии:

задние трещины;

передние трещины;

боковые трещины.

- Этиология – запоры, мацерация кожи, мочеполовые инфекции, механическая травма, кишечные паразиты ( острицы ).

- Патогенез – нарушение целостности слизистой прямой кишки.

- Возможные осложнения – кровотечение, острый парапроктит, малигнизация.

2. Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Из дополнительных методов диагностики показано ректальное пальцевое исследование.

Пальцевое ректальное исследование можно проводить в положении лежа на спине, с приведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, в положении на левом боку, с приведенными к животу и согнутыми ногами, в коленно-локтевом положении, с последующим переводом больного в вертикальное положение, “ сидя на пальце”.

В поликлинике ЦРБ хирург осматривает больную ректальным зеркалом в коленно-локтевом положении, что позволяет подтвердить диагноз трещины и исключить туберкулезную язву или рак анального канала, которые внешне напоминают каллезные “ старые” трещины. Обязательным является цитологическое и гистологическое исследование стенок и дна трещины.

Больной показана ректороманоскопия, в результате которой возможно исследование толстой кишки на высоте до 40 см, с целью исключить сопутствующую патологию.

Кроме того, больная получает направление на ФГДС и колоноскопию с инструктажем о правилах подготовки к этим процедурам.

### Задача № 3

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

К врачу обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи.

3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

Задание к задаче:

1.Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

2.Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.

**Эталон ответа:**

1. Диагноз: Рак пищевода IV стадии, T<sub>x</sub> N<sub>x</sub> M<sub>1</sub>

Обоснование диагноза Жалобы на затрудненное прохождение жидкой пищи.3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.



- Дифференциальная диагностика с: раком легкого, опухолью средостения, опухоль щитовидной железы и гортани.
- Классификация данной патологии - TNM
- Этиология – употребление горячей, острой пищи, действие на слизистую пищевода канцерогенов.
- Патогенез – малигнизация.
- Возможные осложнения – метастазирование в другие органы, раковая кахексия.

## 2. Обследование

Больной направляется в поликлиническое отделение онкодиспансера с необходимыми сопроводительными документами.

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.
2. Рентгеноскопия пищевода производится с помощью введения в пищевод водной взвеси сульфата бария: дефект наполнения (при экзофитном росте), симптом “ ниши” (при раковой язве), отсутствие перистальтики участка стенки пищевода.
3. При эзофагоскопии выявляют опухоль или язву. Для подтверждения диагноза применяют цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли и биопсию.
4. Для определения отдаленных метастазов производят рентгеноскопию легких, УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, органов малого таза (возможен метастаз в дугласовом пространстве).
5. Для морфологического подтверждения метастатического характера поражения надключичного лимфатического узла производится его пункция.

Лечебная программа: В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано. Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

## Задача № 4

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

К врачу обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20 -летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Задание к задаче :

Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

### Эталон ответа:

- Диагноз: Хроническая артериальная недостаточность. Облитерирующий эндартериит. Стадия III- декомпенсации кровообращения и трофических расстройств

Обоснование диагноза: Жалобы на перемежающуюся хромоту. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен, курильщик с 20 -летним стажем

- Дифференциальная диагностика с: хронической венозной недостаточностью
- Классификация данной патологии

Хроническая артериальная недостаточность (эндартериит, атеросклероз).

- Этиология – снижение артериального кровоснабжения нижних конечностей.
- Патогенез – на фоне выраженной ишемии развиваются некробиотические и некротические процессы.

- Возможные осложнения – трофические язвы, гангрена.

#### Задача № 5.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием пришла женщина 42 лет по поводу случайно обнаруженного образования в левой молочной железе неделю назад.

При осмотре: на границе верхних квадрантов визуализируется изменение контуров железы – некоторое втяжение кожи, сосок слева расположен выше. Пальпаторно определяется плотный безболезненный бугристый узел диаметром до 4 см, кожа над ним спаена с подлежащими тканями, обычного цвета. В левой аксиллярной ямке определяется одиночный лимфоузел до 1 см в диаметре, подвижный, безболезненный, кожа над ним не изменена.

**Задание**

Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.

**Эталон ответа:**

Диагноз: Злокачественная опухоль молочной железы.

- Обоснование диагноза: основано на данных анамнеза, данных объективного исследования, клиники.

Диагноз поставлен на основании объективного исследования и данных осмотра:

– симптома умбиликации – изменение контуров молочной железы,  
- данных пальпации – плотный бугристый инфильтрат определенной локализации, пальпируемый увеличенный лимфоузел в левой аксиллярной ямке

- Дифференциальная диагностика : фиброаденома  
липома

- Классификация данной патологии: Рак молочной железы

Узловая форма      Диффузная форма      Рак Педжета

- Этиология: - нарушение гормонального фона (аборты, отказ от кормления грудью)  
- ожирение, сахарный диабет  
- ранняя менопауза  
- поздняя менопауза
- Патогенез: мутация – разрастание клеток - опухоль
- Возможные осложнения - метастазирование

**Оценочные средства для промежуточной аттестации  
по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»**

**Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:**

**Универсальные компетенции:**

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

**Профессиональные (ПК) компетенции:**

**профилактическая деятельность:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

**диагностическая деятельность:**

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

**лечебная деятельность:**

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)

**реабилитационная деятельность:**

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

**психолого-педагогическая деятельность:**

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

**Цель промежуточной аттестации - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины**

**Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины**

<b>Курс</b>	<b>Компетенции</b>	<b>Наименование раздела дисциплины</b>	<b>Содержание раздела:</b>
2	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,	Раздел 1 Организация амбулаторно-поликлинической хирургии	Микробная деконтаминация в амбулаторной практике хирурга. Профилактика столбняка.  Реабилитация больных, перенесших оперативные вмешательства в условиях стационара.  Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности. Диспансеризация хирургических больных.
2	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,	Раздел 2 Хирургия в амбулаторно-поликлинических учреждениях	Диагностика и лечение основных хирургических заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Возможности диагностики на современном уровне. Операции и манипуляции, выполняемые хирургом в амбу-

		ях.	латорных условиях.
--	--	-----	--------------------

### Уровни сформированности компетенций у обучающихся

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	сущность метода системного анализа, системного синтеза, понятие «абстракция», ее типы и значение	выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов.	навыками сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; методикой решения профессиональных задач.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Принципы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, встречающихся среди членов коллектива и при взаимодействии различных типов коллективов (медицинского персонала, партнеров и пациентов); этические и деонтологические нормы общения, пси-	Управлять коллективом сотрудников; уважительно принимать особенности и проявления других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах; сотрудничать с людьми, различающимися по полу, возрасту, языку, убеждениям, обычаям, верованиям; стро-	Методологией - управления коллективом на основе этических и деонтологических норм; - социального взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи

			<p>психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; принципы управления коллективом, проблемы взаимоотношения руководитель - подчиненный в медицинском коллективе.</p>	<p>ить межличностные отношения и работать в команде; организовать внутригрупповое взаимодействие с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий отдельных членов группы.</p>		
3	ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; основы здорового образа жизни, методы его формирования; причины и факторы риска возникновения заболеваний хирургического профиля, принципы и особенности их профилактики.</p>	<p>производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний хирургического профиля; определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту; разработать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни.</p>	<p>навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактики заболеваний хирургического профиля; методами борьбы с вредными привычками.</p>	<p>Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.</p>
4	ПК-2	<p>готовность к проведению профилактиче-</p>	<p>нормативные правовые акты, регламентиру-</p>	<p>проводить медицинские осмотры с уче-</p>	<p>методикой проведения медицинских</p>	<p>Собеседование. Тестовые</p>

		ских медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	ющие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; принципы диспансерного наблюдения за пациентами; порядок организации медицинских осмотров и диспансеризации, порядок диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями; принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями.	том возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами; проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития; производить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями.	осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями.	задания. Ситуационные задачи.
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, свя-	международную классификацию болезней (МКБ); методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма, принципы дифференциальной диагностики заболе-	пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать	методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний; алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осло-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

		занных со здоровьем	ваний.	полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	жнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;	
6	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	этиологию, патогенез, клинику и современные методы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля; порядок оказания хирургической медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); лекарственные и нелекарственные методы лечения, показания и противопоказания к их назначению.	осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; оценить тяжесть состояния больного; выбрать оптимальный метод лечения в соответствии с действующими порядками оказания хирургической медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); провести необходимые лечебные процедуры и медикаментозное лечение, с учетом показаний и противопоказаний; предупредить нежелательные побочные эффекты.	навыками интерпретации полученных результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, алгоритмом и техникой выполнения основных лечебных мероприятий при оказании хирургической медицинской помощи; методами оценки адекватности фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний и осложнений при ее проведении; оформлением первичной медицинской документации	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
7	ПК-8	готовность к	принципы, ме-	подобрать оп-	навыками вы-	Собеседо-

		применению природных лечебных факторов, лекарственных, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	тоды, медицинские показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	тимальную лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы для пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении .	бора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	вание. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
8	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	консультировать пациентов и членов их семей с целью формирования мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	навыками проведения консультаций с целью формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

## ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Амбулаторно-поликлиническая хирургия»

Тесты для промежуточной аттестации

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9**

1. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются:

- а) Лечащим врачом
- б) Зав отделением
- в) Контрольно-экспертной комиссией
- г) Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Каждым из перечисленных

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9**



2. Сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют: 1. Профсоюзные органы 2. Контрольно-экспертная комиссия 3. Заведующий отделением 4. Бюро медико-социальной экспертизы.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - б) Если правильный ответ 2
  - в) Если правильные ответы 1 и 2
  - г) Если правильные ответы 3 и 4
  - д) Если правильные ответы 2 и 3
- Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9**

3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ являются: 1. Определение временной утраты нетрудоспособности 2. Рекомендации по обеспечению условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе 3. Выявление утраты трудоспособности и направление их в Бюро медико-социальной экспертизы 4. Все перечисленное.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - б) Если правильные ответы 1 и 2
  - в) Если правильные ответы 2 и 3
  - г) Если правильный ответ 4
  - д) Если правильные ответы 3 и 4
- Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1**

4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой являются: 1. Продолжительность нетрудоспособности 2. Благоприятный клинический прогноз 3. Благоприятный трудовой прогноз 4. Все перечисленное.

- а) Если правильные ответы 1, 2 и 3
  - б) Если правильные ответы 1 и 2
  - в) Если правильный ответ 3
  - г) Если правильный ответ 4
  - д) Если правильные ответы 3 и 4
- Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

5. Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается

- а) В случае выраженного обострения
  - б) При нарушении функции больного органа
  - в) При общем тяжелом состоянии больного
  - г) Ни в одном из перечисленных случаев
  - д) В любом из перечисленных случаев
- Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-9**

6. Полная потеря временной нетрудоспособности характеризуется: 1. Нарушением функции больного органа, когда затруднено выполнение прежней работы 2. Полной утраты функции поврежденного органа в результате травмы, когда противопоказано выполнение прежней работы 3. Всем перечисленным 4. Временной утраты функции поврежденного органа

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 2
- в) Если правильный ответ 3
- г) Если правильные ответы 3 и 4
- д) Если правильные ответы 2 и 3

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

7. Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

- а) Все трудящиеся
- б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование
- в) Только те, которые работают постоянно
- г) Те, которые работают временно или на сезонных работах
- д) Никто из перечисленных

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

8. При бытовой травме листок нетрудоспособности выдается:

- а) С 1 дня
- б) С 3 дня
- в) С 5 дня
- г) С 6 дня
- д) С 14 дня

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

9. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику
- б) В день выписки из стационара
- в) Через 3 дня после выписки
- г) Все перечисленное верно
- д) Вопрос решается индивидуально

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

10. Если человек заболел во время командировки, листок нетрудоспособности выдается:  
1. Медицинским учреждением по месту командировки 2. Выдается только справка о заболевании 3. Со дня возвращения из командировки 4. Листок нетрудоспособности не выдается  
Выберите правильный ответ:

- а) Если правильные ответы 1 и 2
- б) Если правильный ответ 1
- в) Если правильный ответ 4
- г) Если правильные ответы 2 и 3
- д) Если правильный ответ 2

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-9**

11. Сроки временного перевода на другую работу по болезни определяют:

- а) Профсоюзные органы
- б) Контрольно-экспертная комиссия
- в) Заведующий отделением
- г) Лечащий врач
- д) Бюро медико-социальной экспертизы

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

12. Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
- г) Направление в Бюро медико-социальной экспертизы
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

13. Функциями Бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, за исключением:

- а) Продление временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
- б) Установление группы и причины инвалидности
- в) Определение трудовых рекомендаций инвалидам
- г) Определение времени фактического наступления инвалидности
- д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовом увечье

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1**

14. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

- а) Систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей
- б) Прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительной причины
- в) Появление на работе в нетрезвом состоянии
- г) Совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности
- д) Однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

15. Возбудителем фурункула чаще всего является:

- е) стафилококк
- ж) стрептококк
- з) палочка свиной рожи
- и) клебсиелла
- к) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

16. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) палочка свиной рожи
- г) клебсиелла
- д) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

17. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

- е) линейный разрез

- ж) дугообразный разрез
- з) иссечение гнойника
- и) крестообразный разрез
- к) все верно

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

18. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- а) линейный разрез
- б) дугообразный разрез
- в) иссечение гнойника
- г) крестообразный разрез
- д) все верно

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

19. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- а) Оберста-Лукашевича
- б) Брауна
- в) инфильтрационную местную анестезию
- г) блокаду плечевого сплетения
- д) все верно

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

20. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе – нападение бездомной собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- а) первичная хирургическая обработка раны
- б) ушивание раны
- в) введение антибиотиков
- г) профилактика столбняка

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5.**

21. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9С. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания – 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит
- в) пандактилит
- г) подкожный панариций

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

22. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39С, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания – 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит

- в) пандактилит
  - г) подкожный панариций
- Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

23. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- а) асфиксия
- б) присоединение анаэробной инфекции
- в) пневмония
- г) поражение нервной системы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

24. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- а) боль
- б) флюктуация
- в) повышение температуры тела
- г) локальная отечность
- д) гиперемия кожи

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

25. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- а) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- б) удалить ноготь
- в) гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем – оперативное лечение
- г) в лечении не нуждается.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

26. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- а) массаж груди
- б) сцеживание молока
- в) смазывание сосков дезинфицирующими растворами
- г) возвышенное положение груди
- д) УФ-терапия

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5**

27. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- а) абсцесс Броди
- б) остеомиелит Гарре
- в) остеомиелит Олье
- г) посттравматический остеомиелит

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

28. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- а) на 1 неделе заболевания

- б) на 2 неделе заболевания
- в) на 3–4 неделях заболевания
- г) на 5–6 неделях заболевания

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

29. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- а) к концу 1 недели
- б) к концу 2 недели
- в) к концу 3 недели
- г) к концу 4 недели.

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

30. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- а) в диафизе кости
- б) в эпифизе кости
- в) в метафизе кости
- г) не имеет значения

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

31. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- а) лейкоцитоз
- б) боль в конечности
- в) нарушение функции конечности
- г) гипертермию
- д) анемию

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

32. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости
- б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
- в) ФГДС
- г) УЗИ брюшной полости
- д) Лапароскопию

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

33. При подозрении на кровоечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости
- в) Лапароскопию
- г) Рентгеноскопию желудка
- д) Ангиографию

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

34. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- а) Рака толстой кишки
- б) Рака поджелудочной железы
- в) Рака печени
- г) Рака печени и поджелудочной железы
- д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

35. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- а) гиперемию кожи
- б) атрофию мягких тканей
- в) деформацию сустава
- г) нарушение функции сустава
- д) боли в суставе

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1**

36. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- а) нагноение
- б) струп
- в) грануляции
- г) все указанное
- д) ничего из указанного

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

37. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- а) 18–24 часа
- б) 24–36 часов
- в) 36–48 часов
- г) 48–72 часа
- д) более 72 часов

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

38. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- а) через 6 часов
- б) до 18 часов
- в) 18–24 часа
- г) 24–48 часов
- д) более 48 часов

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6**

39. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- а) до 6 часов
- б) до 12 часов
- в) до 18 часов
- г) более 24 часов

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

40. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующего рожистого воспаления нижних конечностей?

- а) лимфостаз
- б) тромбоз
- в) вторичный варикоз
- г) сепсис
- д) периостит

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

41. Эризипелоид от панариция отличается:

- а) отсутствием отека
- б) отсутствием локальной болезненности и зудом
- в) лимфангитом
- г) гиперемией пальца

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

42. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

- а) тромбоз кавернозного синуса
- б) тромбоз сонной артерии
- в) периостит верхней челюсти
- г) рожистое воспаление лица
- д) некроз кожи

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

43. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

- а) отек
- б) гиперемия
- в) флюктуация
- г) нарушение функции
- д) гипертермия

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

44. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

- а) оперировать больного
- б) назначить антибиотики
- в) назначить физиотерапевтическое лечение
- г) наблюдать процесс в динамике

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

45. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- а) операции
- б) физиотерапии
- в) спиртовых компрессов
- г) антибиотиков
- д) методов иммунотерапии

Эталон ответа: а



**Компетенции: УК-1, ПК-5**

46. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

- а) I и V
- б) I и III
- в) III и IV
- г) II и IV

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8**

47. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- а) рассечение
- б) антибиотикотерапию
- в) физиотерапию
- г) профилактику лактостаза
- д) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

48. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- а) болью
- б) гиперемией
- в) отсутствием флюктуации
- г) гипертермией
- д) лейкоцитозом

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

49. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- а) подмышечной впадины
- б) паха
- в) локтевой ямки
- г) подколенной области
- д) не имеет значения

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

50. Возбудителем рожистого воспаления является:

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) палочка свиной рожи
- г) клебсиелла
- д) анаэробы

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

51. Хирургу поликлиники следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания не характерно:

- а) инфильтрат промежности с гиперемией
- б) боли в глубине таза
- в) отсутствие изменений на коже промежности
- г) высокая температура
- д) выраженная интоксикация

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

52. Хирург поликлиники, обследуя больного, выявил клиническую картину полного параректального свища. Для нее не характерно:

- а) гнойное отделяемое из свища
- б) выделение жидкого кала из свища
- в) выделение алой крови из анального канала после дефекации
- г) выделение газов через свищ
- д) периодическое обострение болей с повышением температуры

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

53. Симптом, наиболее характерный для рака правой половины толстой кишки:

- а) запоры
- б) анемия
- в) ознобы
- г) желтуха
- д) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

54. Симптом, наиболее характерный для рака левой половины толстой кишки:

- а) изжога
- б) анемия
- в) ознобы
- г) желтуха
- д) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

55. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

- а) поносы
- б) изжога
- в) ознобы
- г) желтуха
- д) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6**

56. В поликлинике у больного с длительно существующим хроническим заболеванием хирург выявил явления пектиноза. Данное осложнение характерно для:

- а) геморроя
- б) анальной трещины
- в) парапроктита
- г) параректального свища
- д) выпадения прямой кишки

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

57. В каком положении следует амбулаторному хирургу обследовать больного с подозрением на рак прямой кишки?

- а) на правом боку
- б) на левом боку
- в) на спине

- г) в коленно-локтевом положении
  - д) все верно
- Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

58. Амбулаторный хирург должен помнить, что рак прямой кишки выявляется при пальцевом ее исследовании в:

- а) 10% клинических наблюдений
- б) 20% клинических наблюдений
- в) 30% клинических наблюдений
- г) 60–80% клинических наблюдений

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6 ПК-9,**

59. Что не следует делать амбулаторному хирургу при обращении больного с ущемленным геморроем?

- а) обезболивание
- б) мазевую повязку на область ануса
- в) направление специализированным транспортом в стационар
- г) направление в стационар самостоятельно

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

60. На каком расстоянии от ануса имеется возможность осмотреть прямую и сигмовидную кишки?

- а) до 10 см
- б) до 20 см
- в) до 30 см
- г) до 60 см

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

61. Какой из перечисленных признаков характерен для выпадения прямой кишки, в отличие от выпадения внутренних геморроидальных узлов?

- а) радиальные складки слизистой
- б) боль при дефекации
- в) кольцевидные складки слизистой
- г) ощущение инородного тела в заднем проходе

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

62. На приеме в поликлинике у хирурга у больного был выявлен ряд симптомов. Из них не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- а) цианоз лица и шеи
- б) распирающие боли в руке
- в) цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка
- г) отек руки
- д) синдром Горнера

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

63. В амбулатории хирургом у больного был заподозрен посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- а) гиперпигментация кожи
- б) застойный дерматоз и склеродермия
- в) образование трофических язв
- г) бледная «мраморная» кожа
- д) вторичный варикоз поверхностных вен

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

64. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:

- а) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- б) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- в) исследования недостаточности перфорантных вен
- г) диагностики окклюзии подколенной артерии

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8**

65. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не отнесены:

- а) трофические язвы
- б) экзема и дерматит
- в) хроническая венозная недостаточность
- г) перемежающаяся хромота
- д) тромбоз вен

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

66. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

- а) дистальные отеки
- б) распирающие боли
- в) повышение температуры тела
- г) гиперемию кожи по ходу вены
- д) резкую болезненность при пальпации

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

67. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу с явлениями мигрирующего флебита?

- а) лейкемию
- б) злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
- в) тромбангиитную окклюзию сосудов
- г) узелковый периартериит
- д) варикозное расширение вен

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9**

68. Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- а) тромбоэмболия легочной артерии

- б) варикоз подкожных вен
- в) ишемическая гангрена стопы
- г) ишемический инсульт

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

69. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбозам:

- а) сосудов головного мозга
- б) коронарных артерий
- в) легочной артерии
- г) легочных вен
- д) артерий почек и печени

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

70. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоза профилактика последних включает все, кроме:

- а) антикоагулянтов
- б) дезагрегантов
- в) лечебной физкультуры
- г) длительного постельного режима
- д) компрессионной терапии нижних конечностей

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

71. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбоза легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- а) антибиотики
- б) дезагреганты
- в) антикоагулянты
- г) гемодилюцию
- д) компрессионную терапию нижних конечностей

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6**

72. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбозу легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) ожирение
- б) варикозную болезнь вен нижних конечностей
- в) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
- г) язвенную болезнь желудка

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

73. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- а) верхней трети бедра
- б) нижней трети бедра
- в) подколенной области
- г) стопы

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-8**

74. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- а) средняя треть голени
- б) верхняя треть голени
- в) нижняя треть бедра
- д) верхняя треть бедра

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-8**

75. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 1,5–2 месяца

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

76. Амбулаторным хирургом с малым стажем работы больному, перенесшему флебэктомию, даны следующие рекомендации. Что является ошибкой?

- а) компрессионная терапия нижних конечностей
- б) ранняя статическая нагрузка
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) лечебная физкультура

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6**

77. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- а) замедление тока крови
- б) нарушение эндотелия вен
- в) мерцательную аритмию
- г) варикозное расширение

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

78. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- а) повышения фибринолитической активности плазмы крови
- б) ожирения
- в) гиподинамии
- г) злокачественных опухолей
- д) ишемической болезни сердца

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

79. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- а) возвышенного положения конечности в постели
- б) антикоагулянтной терапии
- в) дезагрегантов
- г) компрессионной терапии
- д) спазмолитиков

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-, ПК-6**

80. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- а) фенилина
- б) трентала
- в) антибиотиков
- г) курантила
- д) венорутона

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

81. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) трофическую язву голени
- б) эмболию легочной артерии
- в) посттромбозную болезнь
- г) хроническую венозную недостаточность

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

82. Какие рекомендации не должен давать амбулаторный хирург на 10 сутки после флебэктомии?

- а) бег трусцой
- б) компрессионная терапия
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) лечебная физкультура

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

83. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет со множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не являются:

- а) отеки дистальных отделов конечностей к вечеру
- б) перемежающаяся хромота
- в) трофические расстройства кожи
- г) судороги по ночам
- д) видимое расширение подкожных вен

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

84. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

- а) Гаккенбруха
- б) Пратта-2
- в) Гоманса
- г) Дельбе-Пертеса
- д) Шварца-Хейердала

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

85. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу:

- а) трехжгутовую (Шейниса)
- б) маршевую (Дельбе-Пертеса)
- в) Троянова-Тренделенбурга
- г) Пратта-2

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

86. Улучшению венозного оттока после операции способствует все перечисленное ниже, кроме:

- а) возвышенного положения конечности
- б) лечебной физкультуры
- в) длительного постельного режима
- г) компрессионной терапии
- д) раннего вставания

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2**

87. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:

- а) Остеомиелит
- б) Тромбофлебит
- в) Периостит
- г) Лимфостаз
- д) Сепсис

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

88. При гнилостном парапроктите целесообразно применение:

- а) Клафорана
- б) Гентамицина
- в) Вибрамицина
- г) Метроджила и клиндамицина
- д) Любого из перечисленных антибиотиков

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

89. Основной опасностью фурункула лица является:

- а) Нарушение дыхания за счет отека
- б) Выраженная интоксикация
- в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
- г) Развитие восходящего лицевого тромбофлебита
- д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9**

90. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз

- а) Верно 1,3
- б) Верно 1,4
- в) Верно 2,3
- г) Верно 3,4
- д) Верно 1,2

Эталон ответа: д.



**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

91. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:

- а) При обширном разрушении суставных концов костей
- б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
- в) При наличии гноя в полости сустава
- г) При разрушении связочного аппарата сустава
- д) При резко выраженном болевом синдроме

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

92. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей

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

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

93. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами:

1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42 С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2**

94. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1.

Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

95. При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

96. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5. Создание функционального покоя пораженной области

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

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9**

97. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

- а) Травма кости
- б) Общее или местное охлаждение
- в) Перенесенные инфекции
- г) Наличие гнойно-воспалительного процесса
- д) Авитаминоз

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

98. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,3
- г) Верно 3,4
- д) Верно 1,4

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

99. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:

- а) В печени
- б) В легких
- в) В селезенке
- г) В головном мозге
- д) В сердце

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

100. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:

- а) Массивная антибиотикотерапия
- б) Иммунотерапия
- в) Дезинтоксикационная терапия
- г) Хирургическое лечение
- д) Гемотрансфузия

Эталон ответа: г.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Задача №1**

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

Больной К., 40 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболел около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании?
3. Назначьте послеоперационное лечение.

Ответ:

**1. Острый аппендицит.****2. Симптомы острого аппендицита.**

- 2.1. Ровзинга – появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области.
- 2.2. Ситковского – поворот на левый бок вызывает боли в правой подвздошной области.
- 2.3. Бартомье-Михельсона – больной лежит на левом боку. Выраженные боли при пальпации правой подвздошной области.
- 2.4. Образцова – производится пальпация правой подвздошной области в положении больного на спине. Боль усиливается при поднимании правой выпрямленной нижней конечности.
- 2.5. Щеткина-Блюмберга – при отнятии руки от передней брюшной стенки усиливается боль.

**3. Послеоперационное лечение**

Постельный режим в первые сутки.

На вторые сутки полупостельный режим.

Жидкость можно принимать в первые сутки после операции.

Принимать пищу в пределах первого стола можно после восстановления функции кишечника.

Швы снимать на 5-6 сутки после операции, при условии, что рана зажила первичным натяжением.

В течение 21-30 дней при обычном послеоперационном периоде больной нетрудоспособен.

**Задача № 2**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию

7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

### Задача № 3

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

8. Ваш диагноз?
9. Этиология и патогенез данного заболевания?
10. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
11. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
12. Какие осложнения могут развиваться у больной?
13. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
14. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

### Эталон ответа:

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором аномальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.
8. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
9. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелой. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
10. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.
11. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
12. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
13. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

### Задача №4

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на наличие раны и боли в правой кисти. Три дня назад в быту получил колотую рану локтевого края ладонной поверхности кисти. Рану не обрабатывал, заклеил изоляционной лентой. За медицинской помощью не обращался. Состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,9°C. Правая кисть отечна, пятый палец полусогнут, активные движения им отсутствуют. В проекции пятой пястной кости имеется колотая рана 2x2 мм со скудным мутноватым отделяемым. Пальпация в окружности раны резко болезненна, пассивное разгибание пятого пальца резко болезненно. Пальпация остальной части ладони безболезненная. Движения в лучезапястном суставе и другими пальцами кисти сохранены, безболезненные. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

**Эталон ответа:**

Локализация ранения, изолированная болезненность в проекции пятой пястной кости, отсутствие движений пятым пальцем при сохранении движения в остальных суставах указывают на развитие флегмоны пространства *hypothenar*. Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии и оперативному лечению. Кроме того, необходимы мероприятия по экстренной профилактике столбняка.

**Задача № 5**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5x0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

3. Ваш диагноз?

4. Что делать?

**Эталон ответа:**

3. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».

4. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

**Задача № 6.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

#### **Ответы**

1. Рак молочной железы справа. Узловатая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, преоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастеральной области.

#### **Задача № 7**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически -высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

#### **Эталон ответа:**

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Резекция пищевода с пластикой большой кривизной желудка, возможно проведение Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромысова-Торека (резекция, наложение гастростомы, через 3-6 мес, пластика пищевода кишечником).

#### **Задача № 8**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю рёберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

#### **Эталон ответа:**

1. Двухэтапное оперативное лечение. 1 – правосторонняя гемиколонэктомия с наложением колостомы. 2 – межкишечный анастомоз
2. Обтурационная (другие формы – токсикоанемическая, диспептическая, энтероколитическая, псевдовоспалительная, опухолевая)

### Задача № 9

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
2. Какую операцию следует выполнить?

**Эталон ответа:**

1. Рак сигмовидной кишки iv стадии
2. Операция Гартмана (резекция поражённого участка, ушивание культи прямой кишки, колостома)

### Задача № 10

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрii. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты  $7,4 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

**Эталон ответа:**

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгерса)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

### Задача № 11.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5x1,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

#### **Ответы**

1. Меланома
2. Биопсия (только перед операцией, т. к. опухоль очень агрессивна), радиоизотопное исследование с Р, термография (температура опухоли на 3-4 выше). Меланоцитарные антитела, меланогены в моче (реакция Якша)
3. Удаление опухоли + химиоиммунотерапия.

#### **Задача № 12.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты  $8,4 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, не прямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

#### **Ответы**

1. Рак общего печёночного протока. Метастазы в печень. 4 стадия
2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время операции
3. Радикальная операции невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёночно-желчных протоков (при ЧЧХ лапароскопически), реканализация протоков, если возможно обходные билиодигестивные анастомозы.

#### **Задача № 13.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. -  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ ; НЬ - 156 г/л; Лейкоциты -  $8,4 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ - 2 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

3. Как вы закончите операцию?

#### **Ответы**

1. Рак желудка со стенозом



2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ
3. Наложить гастроэнтероанастомоз

#### **Задача № 14.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

#### **Ответы**

1. Рак желудка IV стадии
2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия
3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

#### **Задача № 15.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

#### **Ответы**

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с Р
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (моэффективно)

#### **Задача №16.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В приемное отделение по направлению поликлиники явилась женщина 44 лет, укушенная на улице неизвестной собакой около двух часов назад. На 4-и и 5-м пальцах левой кисти име-

ются ссадины 1,0x0,5 и 0,5x0,5 см. Общее состояние не страдает. Значимых сопутствующих заболеваний не выявлено. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

**Ответ:**

Решению подлежат три вопроса: хирургическая обработка места укуса, профилактика бешенства и профилактика столбняка. Поскольку место укуса представлено ссадинами, хирургическая обработка не показана. Укус в кисть неизвестным животным – показание для антирабической иммунопрофилактики с использованием как КОКАВ, так и антирабического ИГ, доза которого должна быть определена исходя из веса пострадавшей. Введение антирабического ИГ проводится только в условиях стационара. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

### **Задача №17.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6

Вы работаете медсестрой (медбратом) в хирургическом отделении. Дежурный врач сделал в листе назначений поступившему больному следующую запись: «ПСС 3 тыс. ЕД по Безредко». Опишите ход Ваших действий.

**Ответ:**

Перед использованием необходимо убедиться в целостности ампул, проверить срок годности препарата.

Перед введением противостолбнячной сыворотки ставят внутрикожную пробу с сывороткой лошадиной очищенной разведенной 1:100 для выявления чувствительности к чужеродному белку. Для постановки проб используют шприцы с ценой деления 0,1 мл и тонкими иглами. Разведенную сыворотку вводят внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья в объеме 0,1 мл. Учет реакции проводят через 20 мин. Пробу считают отрицательной, если диаметр отека или покраснения, появляющегося на месте введения, менее 1 см. Пробу считают положительной, если отек или покраснение достигает в диаметре 1 см и более.

При отрицательной внутрикожной пробе противостолбнячную сыворотку вводят подкожно в количестве 0,1 мл (используют стерильный шприц, вскрытую ампулу закрывают стерильной салфеткой). При отсутствии реакции через 30 мин вводят, используя стерильный шприц, всю назначенную дозу сыворотки подкожно (обычно в подлопаточную область).

При положительной внутрикожной пробе или при возникновении анафилактической реакции на подкожную инъекцию 0,1 мл противостолбнячной сыворотки дальнейшее ее введение противопоказано. В данном случае показано введение ПСЧИ.

Введение препарата регистрируют в установленной учетной форме с указанием даты прививки, дозы, предприятия-изготовителя препарата, номера серии, реакции на введение препарата.

### **Задача №18.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В поликлинику на прием обратилась женщина 67 лет укушенная накануне собственным котом. Кот домашний, из квартиры не выходит. Прививок коту не делали. Состояние удовлетворительное. На правой голени – две точечные раны без отделяемого. Кожа вокруг них умеренно гиперемирована, пальпация незначительно болезненна. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

**Ответ:**

Решению подлежат три вопроса: хирургическая обработка места укуса, профилактика бешенства и профилактика столбняка. Поскольку место укуса представлено точечными ранами без достоверных признаков инфекции, хирургическая обработка не показана. Несмотря на то, что кот на улицу не выходит, бешенство не может быть исключено. Учитывая локализацию укуса и то, что животное не дикое, антирабическая иммунопрофилактика может быть ограничена введением КОКАВ. Кот подлежит наблюдению ветеринаром. При отсутствии признаков бешенства в течение десяти суток, диагноз может быть снят, курс вакцинации пострадавшей – прерван. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее

выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

#### **Задача №19.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В поликлинику на прием обратился мужчина 37 лет с укушенной раной на левом предплечье. Рана нанесена около двух часов назад соседом пострадавшего, который вел себя неадекватно. Пострадавший считает, что у него может быть бешенство. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

#### **Ответ:**

Случаи передачи бешенства от человека человеку неизвестны. Показаний к антирабической профилактике нет. Необходим туалет раны, перевязки и наблюдение у хирурга поликлиники. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

#### **Задача №20.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась женщина 57 лет с раной на правой стопе. Повредила ногу накануне на даче. В рану попадала земля. У больной множественная лекарственная непереносимость. Около 15 лет назад при проведении экстренной профилактики столбняка был анафилактический шок. Как поступить с профилактикой столбняка в этом случае?

#### **Ответ:**

Очевидно, что имеются прямые показания к иммунопрофилактике столбняка. В то же время введение ПСС крайне рискованно. На введение АС-анатоксина аллергические реакции бывают значительно реже, но также не исключены. При наличии возможности необходимо исследовать кровь больной на напряженность противостолбнячного иммунитета. При титре антител 1:200 и выше, иммунопрофилактика не показана. Эпидемиологические исследования показывают, что абсолютное большинство взрослого населения России имеют достаточный титр противостолбнячных антител. Если нет технической возможности исследовать кровь, необходимо вводить АС-анатоксин и ПСС (дробно, по Безредко) в условиях стационара, под прикрытием предварительно введенных глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов.