

**федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт Общественного
здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана
Кафедра Общей хирургии ИКМ
Кафедра факультетской хирургии №2 им Г.И.Лукомского ИКМ
им.Н.В.Склифосовского

**Методические материалы по дисциплине:
Хирургические болезни**

основная профессиональная образовательная программа
высшего/среднего профессионального образования - программа
СПО/специалитета/магистратуры/ординатуры

32.05.01 Медико-профилактическое дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

(Выберите один правильный ответ)

Блок «Хирургические болезни»

1. Какая форма желчнокаменной болезни протекает бессимптомно?
 1. Билиарная колика
 2. Латентная форма +
 3. Хронический рецидивирующий холецистит
 4. Хронический резидуальный холецистит

2. К факторам риска образования конкрементов в желчном пузыре относится:
 1. Мужской пол
 2. Пожилой возраст
 3. Женский пол +
 4. Злоупотребление острой пищей

3. В анатомии желчного пузыря выделяют:
 1. Дно, тело, хвост
 2. Шейку, дно, тело +
 3. Основание, тело, хвост
 4. Хвост, дно, шейку

4. Основная функция желчи:
 1. Расщепление белков
 2. Эмульгирование жиров +
 3. Расщепление углеводов
 4. Расщепление клетчатки

5. Наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни
 1. Гнойный холангит
 2. Острый калькулезный холецистит +
 3. Острый панкреатит
 4. Инфекционный гепатит

6. Не является осложнением желчнокаменной болезни:
 1. Печеночная колика
 2. Инфекционный гепатит +

3. Хронический рецидивирующий холецистит
4. Гнойный холангит

7. Ведущую роль в патогенезе острого холецистита играет:

1. Нарушение оттока желчи из желчного пузыря +
2. Нарушение лимфооттока
3. Нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря
4. Воздействие панкреатического сока на стенку желчного пузыря

8. Быстрому развитию гангренозного холецистита способствует

1. Холедохолитиаз
2. Тромбоз пузырной артерии +
3. Острый панкреатит
4. Стриктура Фатерова сосочка

9. Механическая желтуха, как осложнение желчнокаменной болезни, развивается в результате:

1. Закупорки камнем общего желчного протока +
2. Закупорки камнем пузырного протока
3. Закупорки камнем левого печеночного протока
4. Закупорки камнем Вирсунгова протока

10. Для билиарной колики нехарактерно:

1. Резкая боль в правом подреберье
2. Симптом Ортнера
3. Лихорадка +
4. Иррадиация боли в правую лопатку

11. Усиление боли при поколачивании ребром ладони по реберной дуге определяет симптом

1. Мерфи
2. Мюсси-Георгиевского
3. Мейо-Робсона
4. Ортнера +

12. Симптом воспаления в правой подвздошной области:

1. Симптом Керте
2. Симптом Ортнера
3. Симптом Обуховской больницы
4. Симптом Ситковского +

13.Симптом Кохера при остром аппендиците:

1. Усиление боли при повороте на левый бок
2. Перемещение боли из мезо- и эпигастрия в правую подвздошную область +
3. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
4. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

14.Отсутствие «кашлевого толчка» у пациента с пупочной грыжей говорит об:

1. Флегмоне грыжевого мешка
2. Ущемлении грыжи +
3. Вправившейся грыже
4. Отсутствию грыжевого выпячивания

15.Задняя стенка пахового канала представлена:

1. Апоневрозом наружной косой мышцы живота
2. Паховой связкой
3. Поперечной фасцией +
4. Мышечной лакуной

16.Мелена является симптомом:

1. Острой кишечной непроходимости
2. Рубцового язвенного стеноза
3. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта +
4. Инвагинации

17.Основной метод диагностики механической кишечной непроходимости:

1. Ультразвуковое исследование
2. Рентгеноскопия органов брюшной полости +
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. МРТ

18.В классификации острой кишечной непроходимости не выделяют:

1. Высокую и низкую кишечную непроходимость
2. Паралитическую и спастическую непроходимость
3. Обтурационную и странгуляционную непроходимость
4. Частичную и полную непроходимость +

19.Рентгенологический признак перфорации полого органа:

1. Чаши Клойбера
2. Гаустрация
3. «Серп» воздуха под куполом диафрагмы +
4. Арки Петрова

20. Противопоказание для экстренной аппендэктомии при остром аппендиците:

1. Острый инфаркт миокарда
2. Беременность 35-37 недель
3. Нахождение пациента на скелетном вытяжении по поводу перелома бедренной кости
4. Аппендикулярный инфильтрат +

21. Ущемление пупочной грыжи требует:

1. Экстренной операции +
2. Госпитализации и наблюдения в хирургическом отделении
3. Наблюдения хирургом в поликлинике
4. Плановой герниотомии

22. Общий желчный проток формируется при слиянии:

1. Правого и левого печеночного протоков
2. Пузырного и общего печеночного протоков +
3. Общего печеночного протока и протока поджелудочной железы
4. Правого печеночного и пузырного протоков

23. У желчного пузыря отсутствует:

1. Тело
2. Дно
3. Шейка
4. Основание +

24. «Карман» Гартмана – это анатомическая часть:

1. Желудка
2. Желчного пузыря +
3. Прямой кишки
4. Печеночно-двенадцатипестной связки

25. Синдром Мэллори-Вейса – это:

1. Гастрин-продуцирующая опухоль в поджелудочной железе
2. Кровотечение из продольных разрывов слизистой оболочки кардиального отдела желудка +
3. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

4. Кровотечение из опухоли правой половины ободочной кишки

26. Кал в виде «малинового» желе характерен для:

1. Инвагинации +
2. Кровотечения из опухоли прямой кишки
3. Геморроидального кровотечения
4. Кровотечения из язвы тела желудка

27. Кал в виде «смородинового» желе характерен для:

1. Геморроидального кровотечения
2. Кровотечения из опухоли правой половины ободочной кишки +
3. Кровотечения из опухоли левой половины ободочной кишки
4. Желудочного кровотечения

28. Пищевод Барретта является следствием:

1. Рефлюкс-гастрита
2. Рефлюкс-эзофагита +
3. Химического ожога пищевода
4. Дивертикулита

29. Дивертикул Ценкера формируется в:

1. В области бифуркационного сужения
2. В области пищеводно-кардиального перехода
3. В области глоточно-пищеводного перехода +
4. В кардиальном отделе желудка

30. Дивертикул Ценкера по механизму формирования является:

1. Тракционным дивертикулом
2. Пульсионным дивертикулом +
3. Смешанным дивертикулом
4. Посттравматическим дивертикулом

31. Рвота вида «кофейной гущи» - признак:

1. Кровотечения из расширенных вен пищевода
2. Легочного кровотечения
3. Кровотечения из язвы антрального отдела или 12-типерстной кишки +
4. Кровотечения из язвы кардии

32. Наиболее частая локализация дивертикулов в толстой кишке:

1. Слепая кишка

2. Прямая кишка
3. Ободочная кишка
4. Сигмовидная кишка +

33.Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Дивертикул Меккеля
2. Аппендикс
3. Слепая кишка +
4. Сигмовидная кишка

34.Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Восходящая кишка
2. Мочевой пузырь +
3. Сигмовидная кишка
4. Большой сальник

35.Что характерно для 3 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи +
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

36.Что характерно для 1 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи +
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

37.Фактором риска развития желчнокаменной болезни не является:

1. Женский пол
2. Мужской пол +
3. Ожирение
4. Быстрое снижение массы тела

38.Основной метод диагностики холелитиаза:

1. Ультразвуковое исследование
2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Ретроградная панкреато-холангиография +
4. Рентгенография органов брюшной полости

39.Для латентной формы желчнокаменной болезни характерно:

1. Тошнота, рвота с примесью желчи
2. Отсутствие клинических проявлений +
3. Периодически приступы боли в правом подреберье
4. Повышение температуры

40. Показанием к плановой холецистэктомии не является:

1. Латентная форма ЖКБ +
2. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит
3. Частые приступы желчной колики
4. Диспептическая форма ЖКБ

41. Эндоскопическая картина Forest 2А характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение +

42. Эндоскопическая картина Forest 1А характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка +
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

43. Эндоскопическая картина Forest 3 характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке +
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

44. Для декомпенсированного язвенного стеноза не характерно:

1. Рвота пищей, съеденной накануне
2. Похудание
3. «Шум плеска» натошак
4. Задержка бария в желудке менее 6 часов при выполнении контрастной рентгенографии +

45. Характерный симптом перфорации язвы луковицы 12-типерстной кишки:

1. «Шум плеска»
2. Исчезновение «печеночной тупости» +
3. Симптом Валя
4. Чаши Клойбера на рентгенограмме органов брюшной полости

46. Для острого гангренозного аппендицита характерно:

1. Доскообразный живот
2. Анурия
3. Внезапное усиление боли в животе
4. Уменьшение боли в правой подвздошной области+

47. Основным методом диагностики кровотечения из язвы желудка:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Эзофагогастродуоденоскопия +
3. РХПГ
4. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

48. Метод, позволяющий уточнить диагноз при неясной клинической картине аппендицита:

1. Ректороманоскопия
2. Ирригоскопия
3. Колоноскопия
4. Лапароскопия +

49. Операцией выбора у коморбидного пациента 80 лет с острым деструктивным калькулезным холециститом является:

1. Экстренная холецистэктомия из срединного доступа
2. Экстренная лапароскопическая холецистэктомия
3. Экстренная холецистостомия +
4. РХПГ с папиллосфинктеротомией

50. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образован:

1. Влагалищным отростком брюшины +
2. Поперечной фасцией
3. Висцеральной брюшиной
4. Париетальной брюшиной

51. Для острого холангита нехарактерно:

1. Неустойчивый стул +
2. Боль в правом подреберье
3. Желтуха
4. Повышение температуры, озноб

52. При ущемленной грыже через 2 часа от момента ущемления показано:

1. Наблюдение
2. Аккуратное ненасильственное вправление грыжи
3. Введение спазмолитиков и теплая ванна
4. Экстренное оперативное вмешательство +

53. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

1. Бильрот 2 в модификации Гоффмейстера-Финстерера
2. Резекция желудка в модификации по Ру
3. Бильрот 1 +
4. Субтотальная резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза

54. Причиной обтурационной кишечной непроходимости не является:

1. Желчный камень
2. Опухоль
3. Тромбоз брыжеечных сосудов +
4. Инородное тело

55. Основной признак странгуляционной кишечной непроходимости:

1. Острая постоянная боль в животе с периодами усиления +
2. Вздутие живота
3. Схваткообразная боль в животе с периодами стихания боли
4. Зияющая ампула прямой кишки

56. Какой из перечисленных признаков наиболее достоверен в диагностике желчнокаменной болезни:

1. Положительный симптом Курвуазье
2. Наличие теней конкрементов на холангиограмме +
3. Повышение билирубина в сыворотке крови выше 30 мкм/л
4. Положительный симптом Мерфи

57. Симптомом прободной язвы желудка и 12-ти перстной кишки не является:

1. Исчезновение «печеночной тупости»
2. Доскообразный живот
3. Задержка стула и отхождения газов +
4. «Кинжальная боль» в анамнезе

58. Основным методом диагностики кишечной непроходимости является:

1. Эзофагогастродуоденоскопия
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости +
3. Компьютерная томография органов брюшной полости
4. УЗИ органов брюшной полости

59. Какой признак будет отсутствовать при Рихтеровском ущемлении:

1. Симптомы кишечной непроходимости +

2. Невправимость грыжевого выпячивания
3. Резкие боли в области грыжевого выпячивания
4. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»

60. У больного с наличием одного крупного конкремента в желчном пузыре, желчная колика купировалась самостоятельно. Ваша дальнейшая тактика:

1. Предложите экстренную операцию
2. Посоветуете санаторно-курортное лечение
3. Назначите спазмолитики
4. Посоветуете плановую операцию +

61. Наиболее частой операцией при острой толстокишечной непроходимости является:

1. Левосторонняя гемиколэктомия
2. Операция Гартмана – обструктивная резекция +
3. Энтеролиз, назогастральная интубация тонкой кишки
4. Резекция кишки с опухолью с наложением первичного анастомоза

62. Выберите рентгенологический признак острой кишечной непроходимости:

1. Свободный газ под куполом диафрагмы
2. Симптом Валя
3. Симптом Обуховской больницы
4. Чаши Клойбера +

63. Для абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии не характерно:

1. Повышение температуры
2. Ограничение подвижности диафрагмы +
3. Нависание стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
4. Болезненность при ректальном исследовании

64. Уровень какого гормона возрастает в крови при синдроме Золлингера-Элиссона:

1. Инсулина
2. Глюкагона
3. Гастрина +
4. Адреналина

65. УЗ-признак острого холецистита:

1. Утолщение стенок желчного пузыря с двойным контуром +

2. Симптом «мишени»
3. Расширение холедоха
4. Мелкие конкременты в желчном пузыре

66. Симптом «мишени» является УЗ-признаком:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Прободной язвы желудка

67. Симптом перемещения боли из эпи- и мезогастрия в правую подвздошную область носит имя:

1. Мерфи
2. Мак-Берни
3. Кохера +
4. Мейо

68. Экстренная операция показана при:

1. Копростазе
2. Скользящей грыже
3. Невправимой грыже
4. Ущемленной грыже +

69. Грыжевыми воротами кривой паховой грыжи является:

1. Внутреннее кольцо пахового канала +
2. Наружное кольцо пахового канала
3. Влагалищный отросток брюшины
4. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены

70. Прямая паховая грыжа выходит через:

1. Внутреннее кольцо пахового канала
2. Наружное кольцо пахового канала +
3. Влагалищный отросток брюшины
4. Сосудистую лакуну медиальнее бедренной вены

71. Согласно классификации Forest, стадия Forest 2А – это

1. Струйное кровотечение из язвы
2. Налет гематина на язве
3. Отсутствие источника кровотечения

4. Тромбированный сосуд в дне язвы +

72. Важное значение в диагностике забрюшинно расположенного аппендикса при остром аппендиците имеет:

1. Положительный симптом Кохера
2. Положительный симптом Образцова +
3. «Крик Дугласа» при исследовании per rectum
4. Наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы на рентгенограмме

73. Задержка бария в желудке более 12 часов при выполнении рентгенологического контрастного исследования характерно для:

1. Компенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
2. Пенетрации язвы желудка в поджелудочную железу
3. Субкомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
4. Декомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза +

74. РХПГ, дополненная папиллосфинктеротомией показана при:

1. Синдроме Курвуазье
2. Прободной язве луковицы 12-типерстной кишки
3. Холедохолитиазе +
4. Синдроме Меллори-Вейса

75. Наиболее частым видом тонкокишечной непроходимости является:

1. Обтурация желчным камнем
2. Обтурация опухолью
3. Спаечная непроходимость +
4. Ущемление кишки в грыжевых воротах

76. Чаще всего встречается у женщин:

1. Косая паховая грыжа
2. Пупочная грыжа +
3. Бедренная грыжа
4. Грыжа белой линии живота

77. Чаще всего встречается у мужчин:

1. Косая паховая грыжа +
2. Пупочная грыжа
3. Бедренная грыжа
4. Грыжа белой линии живота

78. При определении жизнеспособности кишки не имеет большого значения:

1. Цвет кишки
2. Наличие перистальтики
3. Пульсация сосудов брыжейки
4. Состояние отводящей петли +

79. Механическая желтуха при ЖКБ является следствием:

1. Острого гангренозно-перфоративного холецистита
2. Закупорки камнем пузырного протока
3. Закупорки камнем общего желчного протока +
4. Острого гангренозного холецистита

80. Дивертикул Меккеля выявляют

1. На куполе слепой кишки
2. На подвздошной кишке +
3. На тощей кишке
4. На поперечно-ободочной кишке

81. Для желчной колики не характерно:

1. Интенсивная боль в правом подреберье
2. Положительный симптом Ортнера
3. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье +
4. Иррадиация боли в правое плечо

82. Выберите симптом острого панкреатита:

1. Симптом Кохера
2. Симптом Бартомье-Михельсона
3. Симптом Керте +
4. Симптом Ортнера

83. Симптом Ортнера – это:

1. Перемещение боли в правую подвздошную область
2. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
3. Усиление боли при поколачивании по правой реберной дуге +
4. Усиление боли на вдохе при пальпации в точке Мерфи

84. Кровотечение из трещин в кардиальном отделе желудка носит название:

1. Синдром Курвуазье
2. Синдром Меллори-Вейса +
3. Синдром Золлингера-Элиссона
4. Синдром Жильбера

85. Для кровотечения из язвы желудка не характерно:

1. Рвота вида «кофейной гущи»
2. Усиление болевого синдрома +
3. Мелена
4. Уменьшение болевого синдрома

86. Рвота вида «кофейной гущи» характерна для кровотечения:

1. Из варикозно-расширенных вен пищевода
2. Из язвы луковицы 12-типерстной кишки +
3. Легочного кровотечения
4. Синдрома Меллори-Вейса

87. Снижение артериального давления и уменьшение боли при обострении язвенной болезни может быть признаком:

1. Перфорации язвы
2. Язвенного кровотечения +
3. Пенетрации язвы
4. Острого инфаркта миокарда

88. Показанием к операции при самопроизвольном вправлении грыжи является:

1. Повышение температуры
2. Появление перитонеальных симптомов +
3. Появление дизурических явлений
4. Указания на ущемления грыжи в анамнезе

89. Прямую паховую грыжу характеризует слабость следующей стенки пахового канала

1. Верхней
2. Задней +
3. Передней
4. Нижней

90. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12-типерстной кишки:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы
2. Развивающийся распространенный перитонит
3. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком
4. Затекание кислого желудочного содержимого по правому латеральному каналу +

91. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии

2. Тромбоз аппендикулярной артерии +
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Тромбоз нижней брыжеечной вены

92. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у пожилых пациентов:

1. Повышение температуры
2. Незначительная боль в правой подвздошной области
3. Задержка стула
4. Умеренный лейкоцитоз

93. Патогномичным симптомом острого аппендицита является:

1. Симптом Воскресенского
2. Симптом Кохера
3. Симптом Ситковского
4. При остром аппендиците нет патогномичных симптомов

94. Пилефлебит может быть осложнением:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Заворота сигмовидной кишки

95. К странгуляционной кишечной непроходимости не относится:

1. Заворот кишки
2. Узлообразование петель кишки
3. Ущемление кишки в грыжевых воротах
4. Обтурация просвета кишки желчным камнем +

96. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток от начала болезни
2. На 4-5 сутки с начала заболевания +
3. В 1-ые сутки после аппендэктомии
4. В позднем послеоперационном периоде после аппендэктомии

97. Для диагностики абсцесса Дугласова пространства необходимо выполнить:

1. Лапароскопию
2. Ректороманоскопию
3. Пальцевое исследование прямой кишки +
4. Ирригоскопию

98. Обнаружение яичка внутри грыжевого мешка при выполнении герниотомии характерно для:

1. Скользящей грыжи
2. Врожденной паховой грыжи +
3. Бедренной грыжи
4. Ущемленной грыжи

99. Что является причиной невраваемости грыжи:

1. Рубцовый процесс между грыжевым мешком и окружающими тканями
2. Спайки между петлями кишки внутри грыжевого мешка
3. Спайки между петлями кишки и грыжевым мешком +
4. Несоответствия находящихся в грыжевом мешке органов размеру грыжевых ворот

100. Какой выпот Вы обнаружите в брюшной полости при панкреонекрозе:

1. Серозный
2. Фибринозный
3. Геморрагический +
4. Гнойный

101. В диагностике острого аппендицита не проводится:

1. Ультразвуковое исследование
2. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Колоноскопия +

102. Для перфорации полого органа в свободную брюшную полость не характерно:

1. «Доскообразный» живот
2. Полиурия +
3. Острое начало заболевания
4. Тахикардия

103. Для начальной стадии перитонита не характерно:

1. Болезненность при пальпации живота
2. Тахикардия
3. Усиление перистальтики
4. Исчезновение перистальтики +

104. Характерный признак хронического парапроктита:

1. Выделение алой крови в конце дефекации
 2. Наличие свищевого отверстия на коже промежности +
 3. Диарея
 4. Гематурия
105. Эпителиальный копчиковый ход:
1. Имеет сообщение с просветом прямой кишки
 2. Слепо оканчивается в подкожной клетчатке межъягодичной области +
 3. Связан с копчиком
 4. Сообщается с крестцом
106. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:
1. Ирригоскопия
 2. Биопсия по Свенсону
 3. Измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки +
 4. Колоноскопия
107. Осложнением какого заболевания является токсический мегаколон:
1. Болезни Крона
 2. Болезни Гиршпрунга
 3. Неспецифического язвенного колита +
 4. Синдрома Пейтса-Егерса
108. Дивертикулы чаще всего локализуются:
1. В слепой кишке
 2. В прямой кишке
 3. В поперечно-ободочной кишке
 4. В сигмовидной кишке +
109. У пожилого пациента при выявлении причин неясной анемии в первую очередь показано выполнение:
1. УЗИ органов брюшной полости
 2. Эзофагогастродуоденоскопии
 3. Колоноскопии +
 4. Ректороманоскопии
110. Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность с малигнизации:
1. Гиперпластические +
 2. Аденоматозные
 3. Ворсинчатые

4. Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
111. Для установления диагноза анальной трещины достаточно:
1. Колоноскопии
 2. Ректороманоскопии
 3. Пальцевого исследования прямой кишки
 4. Аноскопии +
112. Появление “шума плеска” при спаечной обтурационной кишечной непроходимости объясняется:
1. Наличием выпота в брюшной полости
 2. Наличием выпота и свободного газа в брюшной полости
 3. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишки +
 4. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишки
 5. Скоплением жидкости в отводящей петле кишки
113. Какой метод обследования следует применить для подтверждения диагноза спаечной обтурационной кишечной непроходимости:
1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости +
 2. Исследование пассажа по кишке введенного per os BaSO₄
 3. УЗИ органов брюшной полости
 4. Экстренная ирригоскопия
 5. Экстренная колоноскопия
114. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является
1. инородные тела
 2. желчные камни
 3. опухоли
 4. спаечный процесс в брюшной полости +
 5. гельминты
115. К какому виду кишечной непроходимости относится заворот тонкой кишки:
1. обтурационной
 2. странгуляционной +
 3. динамической
 4. спастической

116. При обследовании больного установлено: симптомы Цеге – Мантейфеля и Обуховской больницы положительны. Для какого вида непроходимости это характерно?
1. илеоцекальной инвагинации
 2. обтурации опухолью восходящей кишки
 3. заворота тонкой кишки
 4. заворота сигмовидной кишки +
117. Наиболее информативным методом диагностики острой кишечной непроходимости является:
1. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости +
 2. Лапароскопия
 3. Аортография
 4. Гастроскопия
118. Лечение динамической кишечной непроходимости:
1. Только консервативное +
 2. Только оперативное
 3. Оперативное при отсутствии эффекта от консервативного
 4. Лапароскопическое дренирование брюшной полости
119. Операция «аппендэктомия» при остром аппендиците противопоказана:
1. При аппендикулярном инфильтрате +
 2. Остром инфаркте миокарда
 3. Беременности 36-40 недель
 4. Непереносимости новокаина
 5. Нарушении свертываемости крови
120. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:
1. Тромбоза нижней брыжеечной вены
 2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
 3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
 4. Участвия в воспалительном процессе бактериоидной инфекции
 5. Тромбоза артерии червеобразного отростка +
121. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?
1. Незначительная боль в правой подвздошной области

2. Высокая температура тела +
3. Мышечное напряжение в правой подвздошной области
4. Задержка стула
5. Умеренный лейкоцитоз

122. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:

1. Образования аппендикулярного инфильтрата +
2. Беременности 36-38 недель
3. Декомпенсированного порока сердца
4. Острого инфаркта миокарда
5. Все перечисленное неверно

123. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1. Ровзинга
2. Воскресенского
3. Мерфи +
4. Образцова
5. Бартомье-Михельсона

124. Специфическим для острого аппендицита является симптом:

1. Кохера-Волковича
2. Ровзинга
3. Ситковского
4. Все три симптома
5. Ни один из них +

125. К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:

1. Воскресенского (синдром "рубашки")
2. Щеткина-Блюмберга
3. Раздольского
4. Все названные симптомы +
5. Ни один из них

126. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. Гломерулонефрита +
2. Острого панкреатита
3. Острого аднексита

4. Острого гастроэнтерита
5. Правосторонней почечной коликой

127. Клинически острый аппендицит может быть принят:

1. За сальпингит
2. За острый холецистит
3. За дивертикулит Меккеля
4. За внематочную беременность
5. За любую из этих видов патологии +

128. Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

1. Симптом Кохера-Волковича
2. Симптом Промптова
3. Головокружение и обмороки
4. Бартомье-Михельсона симптом
5. Пункция заднего свода влагалища +

129. Для диагностики острого аппендицита используются методы:

1. Лапароскопия
2. Клинический анализ крови
3. Ректальное исследование
4. 4 КТ
5. Все перечисленное верно +

130. Симптом Кохера-Волковича - это:

1. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области
2. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении в правой подвздошно-поясничной мышце
3. Усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
5. Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в подвздошную область +

131. Основным симптомом, позволяющим диагностировать тазовое расположение острого аппендицита:

1. Симптом Щеткина-Блюмберга
2. Симптом Ровзинга

3. Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании +
 4. Напряжение мышц в правой подвздошной области
 5. Симптом Кохера – Волковича
132. Пилефлебит обычно является осложнением:
1. Прободной язвы желудка
 2. Заворота тонкой кишки
 3. Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
 4. Деструктивного аппендицита +
 5. Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита
133. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:
1. В первые двое суток с момента заболевания
 2. На 3-4 сутки с момента заболевания +
 3. На 7-9 сутки с момента заболевания
 4. В раннем периоде после аппендэктомии
 5. В позднем периоде после операции аппендэктомии
134. У больного, 18 лет, на 7-й день после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что вы предпримете?
1. Массивную антибиотикотерапию
 2. Вскроете абсцесс нижнесрединным доступом и дренируете малый таз
 3. Вскроете абсцесс через правую подвздошную область
 4. Дренируете абсцесс через переднюю стенку прямой кишки +
 5. Вскроете абсцесс правосторонним внебрюшным доступом
135. Флегмона забрюшинного пространства, как осложнение острого аппендицита, развивается при:
1. Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
 2. Местном перитоните в правой подвздошной области
 3. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка +
 4. Медиальном расположении червеобразного отростка
 5. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки
136. У больного 41 года в момент выполнения гастроскопии возникли резкие боли за грудиной. При осмотре через несколько часов: состояние пациента относительно удовлетворительное. Субфебрилитет. Пульс 98

уд в мин. Болезненный отек на шее, больше слева, там же крепитация.
Наиболее вероятный диагноз:

1. Синдром Борхава
2. Синдром Мэллори-Вейсса
3. Синдром Мендельсона
4. Острый инфаркт миокарда
5. Инструментальный разрыв пищевода +

137. Содержимым параэзофагеальной грыжи чаще всего является:

1. Желудок +
2. Паракардиальный жир
3. Селезенка
4. Толстая кишка
5. Большой сальник

138. Основной способ диагностики пищевода Барретта:

1. Рентгенологический
2. УЗИ
3. Эндоскопический +
4. Физикальное исследование

139. При наличии пищевода Барретта основную опасность представляет:

1. Малигнизация +
2. Болевой синдром
3. Кровотечение
4. Перфорация
5. Стриктура

140. Дивертикул Ценкера расположен на:

1. На шее +
2. В переднем средостении
3. В заднем средостении
4. Под диафрагмой

141. 129.Интермиттирующая и парадоксальная дисфагия характерна для:

1. Рака пищевода
2. Дивертикула пищевода
3. Пептической стриктуры
4. Кардиоспазма +

142. Самой частой причиной дисфагии является:
1. Дивертикул
 2. Пептическая стриктура пищевода
 3. Рак пищевода +
 4. Кардиоспазм
143. Для выявления дивертикула пищевода показано:
1. Эзофагоманометрия
 2. Медиастиноскопия
 3. УЗИ
 4. Рентгенологическое исследование +
144. Заболевание, для которого характерна сезонность обострения
1. хронический колит
 2. хронический гепатит
 3. цирроз печени
 4. язвенная болезнь +
145. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
1. переохлаждение, переутомление
 2. хеликобактериальная инфекция +
 3. физическая перегрузка, переохлаждение
 4. вирусная инфекция, переохлаждение
146. Ранняя боль в эпигастральной области возникает после еды в течение
1. 30 минут после еды +
 2. 2 часов после еды
 3. 3 часов до еды
 4. 4 часов до еды
147. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают
1. ранними +
 2. поздними
 3. ночными
 4. голодными
148. При язвенной болезни желудка боль локализуется
1. в левой подреберной области

2. в левой подвздошной области
3. в правой подвздошной области
4. в эпигастральной области +

149. Основным симптомом язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. метеоризм
2. отрыжка тухлым
3. боль в эпигастральной области +
4. понос

150. Основная жалоба при язвенной болезни 12-перстной кишки – это боль

1. ранняя
2. поздняя голодная, ночная +
3. "кинжальная"
4. опоясывающая

151. Самое частое осложнение язвенной болезни

1. кишечная непроходимость
2. кахексия
3. обезвоживание
4. желудочное кровотечение +

152. Патогномоничные признаки желудочного кровотечения

1. бледность, слабость
2. головная боль, головокружение
3. рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул +
4. тахикардия, снижение АД

153. Характер кала при желудочно-кишечном кровотечении

1. кровянистый
2. дегтеобразный +
3. обесцвеченный
4. жирный

154. Традиционная геморроидэктомия показана при:

1. 2 стадии хронического геморроя
2. Остром тромбозе внутреннего геморроидального узла
3. 3-4 стадии заболевания при неэффективности или невозможности применения малоинвазивных методик лечения +
4. Выделении алой крови каплями после каждой дефекации

155. Геморроидэктомия показана при:
1. Выпадение геморроидальных узлов 3 степени +
 2. Болевом синдроме при дефекации
 3. Выпадении геморроидальных узлов 1 степени
 4. Анальном зуде
156. Для постановки диагноза геморроя достаточно:
1. Ректороманоскопии и осмотра заднего прохода
 2. Колоноскопии и осмотра заднего прохода
 3. Пальцевого исследования прямой кишки и осмотра заднего прохода +
 4. Ирригоскопии и осмотра заднего прохода
157. Геморроидэктомия показана при:
1. Анальном зуде
 2. Появлением боли во время дефекации
 3. Обострении геморроя
 4. Выпадении геморроидальных узлов 3 степени +
158. К типичным симптомам геморроя относят:
1. Частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
 2. Выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +
 3. Постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острой пищи, зуд анальной области
 4. Неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»
159. Наиболее частой причиной хронических свищей прямой кишки является:
1. Перенесенный острый парапроктит +
 2. Операции на анальном канале
 3. Травма прямой кишки
 4. Хронический геморрой
160. Чаще всего приводит к развитию парапроктита:
1. Геморрой
 2. Повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях
 3. Воспалительные заболевания органов, прилежащих к прямой кишке

4. Микротравмы слизистой оболочки прямой кишки +
161. К предраковым заболеваниям толстой кишки относят:
1. Геморрой
 2. Дивертикулярная болезнь кишечника
 3. Язвенный колит
 4. Полипы кишечника +
162. Анальная трещина чаще расположена на _____ полуокружности анального канала:
1. Задней +
 2. Передней
 - 3.левой
 4. Правой
163. Хроническая анальная трещина характеризуется:
1. Сохранением болевого синдрома более 1 часа после дефекации
 2. Наличием сторожевого бугорка, рубцовых краев +
 3. Выраженным болевым синдромом без кровотечений
 4. Размерами более 5 мм в длину
164. Повышен риск рака ободочной кишки у пациентов с:
1. Неспецифическим язвенным колитом
 2. Гиперпластическими полипами +
 3. Аденоматозными полипами
 4. Семейным диффузным полипозом
165. К облигатному предраку ободочной кишки относят:
1. Болезнь Крона
 2. Одиночный полип сигмовидной кишки
 3. Диффузный семейный полипоз +
 4. Ювенильные полипы
166. При ирригоскопии выявлен воспалительный процесс в толстой кишке с неизменными зонами между участками поражения и отсутствие воспаления в прямой кишке. Вероятный диагноз?
1. Язвенный колит
 2. Болезнь Гиршпрунга
 3. Болезнь Крона +
 4. Ишемический колит
167. Болезнь Гиршпрунга проявляется:

1. Упорными поносами
 2. Упорными запорами +
 3. Недержанием мочи
 4. Недержанием кала
168. Наиболее достоверным методом диагностики болезни Гиршпрунга является:
1. Ирригоскопия
 2. Пальцевое исследование прямой кишки
 3. Трансанальная биопсия подслизистого слоя прямой кишки +
 4. Колоноскопия
169. При каком заболевании толстой кишки отмечается аганглиоз в межмышечных сплетениях?
1. Болезнь Крона
 2. Неспецифический язвенный колит
 3. Болезнь Гиршпрунга +
 4. Идиопатический мегаколон
170. Токсическая дилатация ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите может осложниться:
1. Формированием дивертикулов
 2. Перфорацией +
 3. Кровотечением из прямой кишки
 4. Острым аппендицитом
171. Самое частое осложнение дивертикулеза ободочной кишки:
1. Дивертикулит +
 2. Кровотечение при дефекации
 3. Перфорация сигмовидной кишки
 4. Формирование параколического абсцесса
172. Показание к экстренной колоноскопии:
1. Дивертикулит ободочной кишки
 2. Анемия
 3. Кишечное кровотечение +
 4. Подозрение на перфорацию толстой кишки
173. Наиболее достоверный метод диагностики дивертикулов ободочной кишки:
1. Колоноскопия

2. Пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту +
3. Исследование кала на скрытую кровь
4. Ирригоскопия

174. Дивертикулы чаще образуются в:

1. Пищеводе
2. Ободочной кишке +
3. Желудке
4. Тонкой кишке

175. Кал в виде «малинового желе» характерен для:

1. Инвагинации +
2. Желудочного кровотечения
3. Спастического колита
4. Дивертикулита

176. Дивертикулы толстой кишки чаще локализуются в:

1. Сигмовидной кишке +
2. Восходящем отделе толстой кишки
3. Нисходящем отделе толстой кишки
4. Поперечно ободочной кишке

177. Кишечная непроходимость наиболее часто встречается при раке _____ кишки:

- 1.левой половины ободочной +
2. правой половины ободочной
3. поперечной ободочной
4. прямой

178. Основной метод диагностики полипов ободочной кишки:

1. Ультразвуковое исследование
2. Ирригоскопия
3. Колоноскопия +
4. Пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту

179. Наиболее частая гистологическая форма рака ободочной кишки:

1. Аденокарцинома +
2. Солидный рак
3. Плоскоклеточный рак
4. Недифференцированный рак

180. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:
1. исследование кала на скрытую кровь
 2. ирригоскопия
 3. КТ органов брюшной полости
 4. Колоноскопия +
181. 169. При болезни Гиршпруга диагностического значения не имеет следующее исследование:
1. копрологическое исследование +
 2. ирригоскопия
 3. биопсия по Свенсону
 4. исследование пассажа бария по кишечнику
182. К облигатным предракам ободочной кишки относятся:
1. одиночный полип ободочной кишки
 2. терминальный илеит
 3. диффузный семейный полипоз +
 4. ювенильные полипы
183. Наименьшую склонность к малигнизации имеют:
1. ворсинчатые полипы ободочной кишки
 2. гиперпластические полипы ободочной кишки +
 3. аденоматозный полип ободочной кишки
 4. множественные аденоматозные полипы ободочной кишки
184. При подозрении на трещину анального канала с какого метода исследования следует начать обследование пациента:
1. ректоскопия
 2. ирригоскопия
 3. КТ органов брюшной полости
 4. пальцевое исследование прямой кишки +
 5. колоноскопия
185. При каком заболевании пациент может жаловаться на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд области анального отверстия:
1. рак прямой кишки
 2. полип прямой кишки
 3. геморрой +
 4. трещина анального канала

186. Жалобы на боли в анальной области после акта дефекации, незначительное кровотечение после стула, стул обильный, хронические запоры соответствуют клинической картине:
1. рака прямой кишки
 2. острого парапроктита
 3. трещины анального канала +
 4. геморроя
187. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:
1. недостаточность сфинктера
 2. криптит +
 3. запор
 4. хронический парапроктит
188. Для клинической картина параректального свища характерно:
1. Гнойное отделяемое из свища
 2. Выделение жидкого кала из свища
 3. Выделение газов из свища
 4. Все перечисленное +
189. Паллиативной операцией при раке анального канала является:
1. экстирпация прямой кишки
 2. Наложение противоестественного заднего прохода +
 3. операция Гартмана
 4. передняя резекция прямой кишки
190. С чего следует начать лечение при установленном диагнозе «Дивертикулит сигмовидной кишки»:
1. глюкокортикоиды
 2. колоноскопия
 3. сифонная клизма
 4. антибактериальная и инфузионная терапия +
191. У больной 27 лет выявлен семейный полипоз /аденоматоз/ ободочной и прямой кишки. Какое лечебное мероприятие прежде всего показано больной ?
1. цитостатическая терапия.
 2. рентгенотерапия.
 3. колопроктэктомия. +

4. электрохирургическое удаление полипов.
192. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита на первом месте стоит:
1. геморрой
 2. повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
 3. микротравмы слизистой прямой кишки +
 4. огнестрельные ранения прямой кишки
193. Для хронического парапроктита наиболее характерным является?
1. гематурия
 2. наличие свищевого отверстия на коже промежности +
 3. выделение алой крови в конце акта дефекации
 4. боли внизу живота
194. Для исследования свищей прямой кишки не применяются:
1. КТ брюшной полости +
 2. пальцевое исследование прямой кишки
 3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
 4. фистулография
195. Для геморроя наиболее типичны:
1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
 2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
 3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
 4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +
196. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс (выбор зависит от стадии):
1. Умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцирующаяся приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации
 2. Чувство неполного освобождения при акте дефекации, лентовидный кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделения слизи, нередко однократной порции темной крови
 3. Неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа

4. Сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры +
197. Консервативная терапия при острой анальной трещине не предусматривает:
1. курс пробиотиков +
 2. лечебные клизмы
 3. снятие спазма сфинктера
 4. применение местных средств, способствующих заживлению раневой поверхности
198. При остром тромбозе геморроидальных вен не используют:
1. анальгетики
 2. антикоагулянты
 3. пресакральную блокаду
 4. склеротерапию +
199. Для подтверждения диагноза трещины анального прохода используется:
1. аноскопия +
 2. измерение давления в прямой кишке
 3. колоноскопия
 4. ректоскопия
200. Иссечение геморроидальных узлов противопоказано при:
1. выпадении узлов
 2. проктосигмоидите
 3. изъязвлении узлов
 4. портальной гипертензии +
201. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, боязнь стула, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз?
1. геморрой
 2. рак прямой кишки
 3. острый парапроктит
 4. трещина анального канала +
202. После удаления полипа 1,5x1,0 см, располагавшегося на высоте пальца по верхнему контуру зубчатой линии прямой кишки, выполнено гистологическое исследование. Гистологически полип является

ворсинчатой аденомой с участком карциномы *in situ*. Какой ваш следующий шаг?

1. реэксцизия места биопсии с более широким отступом
2. брюшнопромежностная резекция
3. передняя резекция прямой кишки
4. никакого дальнейшего лечения не требуется, наблюдение +

203. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является:

1. ишиоректальный
2. ретроректальный
3. подслизистый
4. пельвиоректальный +

204. Наиболее распространено метастатическое поражение печени при:

1. Колоректальном раке +
2. Раке почки
3. Раке молочной железы
4. Меланоме

205. Здоровой женщине 62 лет проведена плановая колоноскопия. В нисходящей ободочной кишке обнаружено и удалено два ворсинчатых полипа длиной 1,3 см на широком основании. Каким должен быть следующий шаг?

1. Назначение повторной колоноскопии через 3 месяца
2. Назначение повторной колоноскопии через 3 года
3. Назначение повторной колоноскопии через 10 лет +
4. КТ брюшной полости

206. При лечении неспецифического язвенного колита не применяют препараты:

1. антибиотики
2. слабительные +
3. витамины
4. иммунодепрессанты

207. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

1. ювенильные полипы
2. одиночный полип ободочной кишки
3. регионарный энтерит
4. диффузный семейный полипоз +

208. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:
1. гиперпластические
 2. ворсинчатые
 3. аденоматозные +
 4. индекс малигнизации одинаков во всех случаях
209. 46-летняя пациентка с болезнью Крона интересуется, когда может возникнуть необходимость в хирургическом вмешательстве со стороны ее заболевания. Какое из нижеперечисленных состояний является показанием к немедленной лапаротомии?
1. кишечная непроходимость
 2. кишечнопузырный свищ
 3. подвздошно-ободочный свищ
 4. перфорация кишки +
210. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является
1. функциональный мышечный спазм,
 2. хронический васкулит,
 3. воспалительная деструкция ганглионарных клеток
 4. толстой кишки +
 5. стеноз толстой кишки вследствие рубцового процесса
211. Грыжевыми воротами бедренной грыжи является:
1. Медиальная паховая ямка
 2. Латеральная паховая ямка
 3. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены +
 4. Влагалищный отросток брюшины
212. При ущемленной грыже передней брюшной стенки показано:
1. Наблюдение в хирургическом стационаре
 2. Введение спазмолитиков
 3. Аккуратное вправление грыжевого выпячивания
 4. Экстренная операция +

Блок «Общая хирургия»

213. ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ БАЗИРУЮТСЯ НА
1. Конституции РФ;
 2. волеизъявлении пациента;
 3. желании врача;

4. уставе лечебного учреждения;
214. СОГЛАСИЕ ИЛИ ОТКАЗ БОЛЬНОГО ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ:
1. все верно;
 2. задокументированными;
 3. информированными;
 4. добровольными.
215. ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА» ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ:
1. все верно;
 2. об анамнезе заболевания;
 3. о диагнозе;
 4. о факте обращения за медицинской помощью.
216. ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА РЕШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИНИМАЮТ:
1. врач с уведомлением должностных лиц медучреждения;
 2. консилиум;
 3. законные представители пациента;
 4. все верно
217. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА - ЭТО
1. несчастный случай;
 2. добросовестное заблуждение без состава преступления;
 3. халатность;
 4. несоответствие квалификационной категории;
 5. профессиональное преступление.
218. ВИДЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК:
1. в оформлении документации;
 2. диагностические;
 3. лечебно-тактические;
 4. все перечисленное;
219. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК:
1. неполноценное обследование пациента;
 2. все перечисленное;
 3. использование устаревших методов диагностики и лечения;
 4. слепая вера во всё новое.
220. ЯТРОГЕНИЯ-ЭТО:
1. врождённая патология;
 2. патология, возникающая во время службы в армии;
 3. патология, связанная с действиями врача;
 4. заболевания, обусловленные пожилым и старческим возрастом;
 5. заболевания, возникающие при уходе за дикими животными.
221. ЭВТАНАЗИЯ-ЭТО
1. смерть, наступившая при невыясненных обстоятельствах;
 2. смерть, наступившая при дорожно-транспортной аварии;
 3. максимум применения средств в лечении безнадежного больного
 4. лёгкая смерть, наступившая от действий медицинских работников

5. безмятежная смерть, наступившая естественным путём.
222. АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП НЕ ВКЛЮЧАЕТ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ:
1. в приемном отделении общехирургического стационара;
 2. на дому;
 3. в специализированном хирургическом отделении;
 4. в поликлинике;
223. ФУНКЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ:
1. консультативный прием;
 2. проведение инвазивной диагностики;
 3. выполнение оперативных вмешательств;
 4. все верно
224. АМБУЛАТОРНО ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ:
1. пункцию сустава;
 2. венэктомию;
 3. хирургическую обработку гнойного очага;
 4. все перечисленное;
 5. открытую биопсию.
225. ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ТРАНСПОРТИРОВКА ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. родственниками;
 2. медицинской сестрой;
 3. санитаркой;
 4. бригадой скорой медицинской помощи;
226. ФУНКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА:
1. консультативный прием;
 2. инвазивные методы диагностики;
 3. выполнение оперативных вмешательств;
 4. все перечисленное
227. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗМЕЩЕНИЕ КОЕК ДОПУСТИМО
1. в палатах;
 2. в коридорах;
 3. в холлах;
 4. на лестничных площадках;
228. ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАБЛЮДАЮТ:
1. в наркозной;
 2. в предоперационной;
 3. в палатах интенсивной терапии;
 4. в процедурном кабинете.
229. АСЕПТИКА-ЭТО
1. предотвращение попадания микробов в рану ;
 2. комплекс нормативных документов;

3. профилактика инфекций у медицинских работников;
 4. уничтожение микробов в ране, в патологическом очаге и в организме;
230. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ:
1. экзогенные;
 2. изогенные;
 3. гетерогенные;
 4. трансмиссивные
231. ПУТИ ЭКЗОГЕННОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ:
1. через воздушную среду;
 2. капельным путем при разговоре;
 3. контактным путем;
 4. все верно;
232. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:
1. больные с гнойно-воспалительными заболеваниями;
 2. бактерионосители;
 3. животные;
 4. полость рта, дыхательные пути самого больного
233. ПРИ ЭНДОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ МИКРОБЫ В РАНУ ПОПАДАЮТ:
1. из просвета органа, вскрытого во время операции;
 2. все перечисленное верно;
 3. гематогенно;
 4. лимфогенно.
234. К АСЕПТИКЕ ОТНОСЯТ:
1. соблюдение санэпидрежима;
 2. обработка рук хирурга;
 3. все перечисленное;
 4. стерилизация операционного белья и инструментов
235. СТЕРИЛИЗАЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ
1. патогенных микроорганизмов;
 2. непатогенных микроорганизмов;
 3. спорообразующих микроорганизмов;
 4. всех видов микроорганизмов и их спор
236. ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ
1. вегетативных форм патогенных микроорганизмов;
 2. непатогенных микроорганизмов;
 3. спорообразующих микроорганизмов;
 4. всех видов микроорганизмов
237. СТЕРИЛЬНОСТЬ - ЭТО
1. уменьшение количества вегетативных микроорганизмов;
 2. полное отсутствие вегетативных и споровых форм микробов;
 3. сохранение рабочих свойств стерилизуемых предметов;
 4. отсутствие патогенных микроорганизмов;
238. КОНТРОЛЬ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ЭТО:
1. определение наличия микроорганизмов на стерилизованных предметах;
 2. контроль за соблюдением температурного режима стерилизации;

3. определение наличия крови на стерилизованных предметах;
 4. контроль за соблюдением режима давления при стерилизации
239. **НАИБОЛЕЕ ДОСОВЕРНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ СТЕРИЛЬНОСТИ:**
1. показание термометра;
 2. бактериологический контроль;
 3. с помощью индикаторной ленты;
 4. контроль времени стерилизации
240. **ДОСТОВЕРНО О СТЕРИЛЬНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**
1. отсутствие роста микроорганизмов при бактериологическом исследовании;
 2. определённое изменение окраски индикаторной ленты;
 3. расплавление порошка индикаторного вещества;
 4. достижение в автоклаве температуры 132°C;
241. **В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ АСЕПТИКИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:**
1. разделение потоков «чистых» и «гнойных» больных;
 2. все перечисленное;
 3. соблюдение гигиены окружающей среды;
 4. соблюдение гигиены медицинского персонала
242. **В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗДЕЛЕНИЕ ПОТОКОВ «ЧИСТЫХ» И «ГНОЙНЫХ» БОЛЬНЫХ ПО ВРЕМЕНИ ПРЕДПОЛАГАЕТ**
1. выполнение мероприятий от «чистого» к «гнойному»;
 2. пребывание их в разных палатах;
 3. отдельные вспомогательные помещения для «гнойных» больных;
 4. перевод «гнойных» больных в другие отделения
243. **В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ВОЗДУХ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ:**
1. естественной вентиляцией;
 2. принудительной вентиляцией;
 3. рециркуляционной очисткой;
 4. ультрафиолетовым облучением
244. **В «ЧИСТОЙ» ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ОПТИМАЛЬНА ВЕНТИЛЯЦИЯ**
1. приточная;
 2. естественная;
 3. вытяжная;
 4. рециркуляционная
245. **АНТИСЕПТИКА - это**
1. предотвращение контактного инфицирования;
 2. предотвращение воздушного инфицирования;
 3. стерилизация инструментов, белья и шовного материала;
 4. уничтожение микробов в ране, патологическом очаге и в организме
246. **АНТИСЕПТИКА НАПРАВЛЕНА:**
1. на предупреждение попадания микробов в рану;
 2. на уничтожение микробов в патологическом очаге;
 3. на обеспечение санитарно-эпидемического режима;

4. на устранение микробов с предметов окружающей среды
247. В КАЧЕСТВЕ АНТИСЕПТИКА Д.ЛИСТЕР ИСПОЛЬЗОВАЛ
1. сулему;
 2. этиловый спирт;
 3. нитрат серебра;
 4. карболовую кислоту
248. К ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:
1. вакуумное дренирование раны;
 2. промывание раны перекисью водорода;
 3. внутримышечное введение стрептомицина;
 4. прием внутрь норсульфазола
249. В КАЧЕСТВЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В ХИРУРГИИ ПРИМЕНЯЮТ:
1. гипертонические растворы и сорбенты;
 2. дренирование;
 3. факторы внешней среды;
 4. все перечисленное
250. ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОЗОВ - МЕТОД ...
АНТИСЕПТИКИ
1. механической;
 2. физической;
 3. химической;
 4. биологической
251. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ - МЕТОД ...
АНТИСЕПТИКИ
1. механической;
 2. физической;
 3. химической;
 4. биологической
252. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ...
АНТИСЕПТИКИ
1. механической;
 2. физической;
 3. химической;
 4. биологической
253. ПРОМЫВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ - МЕТОД ...
АНТИСЕПТИКИ
1. механической;
 2. физической;
 3. химической;
 4. смешанной.
254. АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДРЕНАЖА СВОДИТСЯ К
1. лизису некротических тканей;
 2. выведению экссудата из раны;
 3. уничтожению микробов;
 4. изменению реакции среды
255. ДРЕНАЖНЫЕ СВОЙСТВА МАРЛИ ПОТЕНЦИРУЮТ
ПРИМЕНЕНИЕМ

1. 5% раствора глюкозы;
 2. 0,9% раствора хлорида натрия;
 3. 10% раствора хлорида натрия;
 4. 3% раствора перекиси водорода
256. КАК АНТИСЕПТИК ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР NaCl ПРИМЕНЯЮТ
1. при первичной хирургической обработке раны;
 2. при предстерилизационной обработке инструментов;
 3. при стерилизации инструментов;
 4. при дренировании гнойной раны;
257. К СМЕШАННОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСИТСЯ
1. хирургическая обработка гнойного очага с промыванием антисептиком;
 2. лазерная обработка раны;
 3. внутримышечное введение цефотаксима;
 4. прием внутрь метронидазола
258. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОГО ОЧАГА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ДРЕНИРОВАНИЕМ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ
1. механической;
 2. физической;
 3. биологической;
 4. смешанной
259. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ОКИСЛИТЕЛЕЙ ОТНОСЯТСЯ:
1. борная кислота;
 2. карболовая кислота;
 3. перекись водорода;
 4. фурадонин.
260. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ КРАСИТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ
1. бриллиантовый зеленый;
 2. карболовая кислота;
 3. хлорамин;
 4. перманганат калия
261. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ГАЛОИДОВ НЕ ОТНОСИТСЯ
1. хлоргексидин;
 2. йодопирон;
 3. хлорамин;
 4. йод;
262. АНТИСЕПТИКОМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. лизоформ;
 2. карболовая кислота;
 3. хлоргексидин;
 4. фурацилин;
263. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:
1. хлоргексидин;
 2. диоксидин;
 3. роккал;

4. церигель
264. МЕТРОНИДАЗОЛ ЭФФЕКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ
 1. простейших;
 2. стафилококка;
 3. стрептококка;
 4. синегнойной палочки.
265. К БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:
 1. первичная хирургическая обработка раны;
 2. промывание раны перекисью водорода;
 3. обработка раны протеолитическими ферментами;
 4. обработка раны лазером
266. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ... АНТИСЕПТИКИ
 1. механической;
 2. физической;
 3. химической;
 4. биологической
267. С ЦЕЛЬЮ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
 1. аутовакцину;
 2. антитоксин;
 3. лизоцим;
 4. анатоксин;
268. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА:
 1. системное тромбообразование;
 2. создание равновесия про- и антикоагулянтной активности крови;
 3. гемолиз эритроцитов;
 4. развитие геморрагического синдрома.
269. ВНУТРЕННИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:
 1. превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счет имеющихся факторов свёртывания в крови;
 2. высвобождением тромбосана-A2 и локальным сужением сосуда;
 3. в первые секунды после повреждения;
 4. превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внетканевого тромбопластина;
270. ВНЕШНИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:
 1. превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт имеющихся факторов свёртывания в крови;
 2. высвобождением тромбосана-A, и локальным сужением сосуда;
 3. в первые секунды после повреждения;
 4. превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внетканевого тромбопластина;
271. НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В ВИДЕ ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ:
 1. при тромбоцитопении;
 2. при нарушении функции тромбоцитов;

3. при приобретённых коагулопатиях
 4. Все перечисленное
272. ВИДЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ:
1. внутриутробная;
 2. идиопатическая;
 3. приобретённая (вторичная);
 4. третичная.
273. СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ (ДВС-СИНДРОМ) - ЭТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС
1. активации свертывания крови с последующей геморрагией;
 2. изолированной геморрагии;
 3. повышенной склонности к тромбообразованию;
 4. тромбоза двух и более сосудов;
274. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ ПРЯМОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
-
1. мелена;
 2. боль в животе;
 3. рвота кровью;
 4. выделение крови из прямой кишки
275. ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ВОПРОСЫ
1. переливания компонентов крови;
 2. экстракорпоральной детоксикации;
 3. медикаментозной терапии критических состояний;
 4. судмедосвидетельствования в связи с переливанием крови.
276. УСТАНОВИЛ АНТИГЕННУЮ СТРУКТУРУ КРОВИ (ПО СИСТЕМЕ А И В) И ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛЯТЬ I, II И III ГРУППЫ КРОВИ
1. Я.Янский;
 2. А.М.Филомафитский;
 3. Г.Вольф;
 4. К.Ландштейнер;
277. ГРУППА КРОВИ У ЧЕЛОВЕКА
1. может меняться после трансплантации печени;
 2. может меняться после трансплантации почки;
 3. может меняться при массивной гемотрансфузии;
 4. У на протяжении всей жизни не меняется.
278. АГГЛЮТИНИНЫ - ЭТО
1. поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;
 2. естественные антитела, находящиеся в плазме;
 3. поверхностные антигены, находящиеся на тромбоцитах;
 4. поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах;
279. К АГГЛЮТИНИНАМ СИСТЕМЫ АВО ОТНОСЯТ БЕЛКИ:
1. А;
 2. α ;
 3. В;
 4. 0.
280. ФОРМУЛА I ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

1. A (I) α ;
 2. A (I) β ;
 3. B (I) a ;
 4. 0 (I) $\alpha\beta$;
281. ФОРМУЛА II ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО
1. A (II) α ;
 2. A (II) β ;
 3. B (II) α ;
 4. B (II) β ;
282. ФОРМУЛА III ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО
1. A (III) α ;
 2. A (III) β ;
 3. B (III) α ;
 4. B (III) β ;
283. ЦОЛИКЛОНЫ - ЭТО
1. поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;
 2. естественные антитела, находящиеся в плазме;
 3. антитела, получаемые из культивируемых гибридом;
 4. поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах;
284. РЕАКЦИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО
1. взаимодействие агглютиногена и одноименного агглютинина;
 2. образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;
 3. склеивание агглютиногенов агглютининами на холоде;
 4. склеивание агглютиногенов агглютининами при инфекциях
285. РЕАКЦИЯ ПСЕВДОАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО
1. реакция агглютиногена и одноименного агглютинина;
 2. образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;
 3. склеивание агглютиногенов агглютининами на холоде;
 4. склеивание агглютиногенов агглютининами при инфекциях;
286. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ХОЛОДОВОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ
1. добавляют гипертонический раствор;
 2. нагревают препарат до комнатной температуры;
 3. проводят исследование только со свежей кровью;
 4. меняют стандартные сыворотки;
287. ЭРИТРОЦИТЫ I ГРУППЫ КРОВИ АГГЛЮТИНИРУЮТ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ СЫВОРОТКИ
1. I группы;
 2. II группы;
 3. III группы;
 4. ни одной из групп.
288. ПРИ ОТСУТСТВИИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРЯТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ
1. к I группе;
 2. ко II группе;
 3. к III группе;

4. к IV группе;
289. АГГЛЮТИНАЦИЯ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРИТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ
 1. к I группе;
 2. к III группе;
 3. к IV группе;
 4. произошла ошибка.
290. ПРИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ IV группу;
 1. неспецифическую холодовую агглютинацию;
 2. высокий титр агглютининов стандартных сывороток;
 3. свертывание;
291. ПОД ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПОНИМАЮТ:
 1. вливание кровезаменителей;
 2. переливание компонентов крови;
 3. внутривенное введение медикаментозных средств;
 4. проведение экстракорпоральной детоксикации.
292. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОТЕРЕ ЖИДКОСТЬ СКАПЛИВАЕТСЯ:
 1. в плевральной полости;
 2. все перечисленное верно;
 3. в брюшной полости;
 4. в тканях (при отеке);
293. ПОТЕРИ ВОДЫ В «ТРЕТЬЕ ВОДНОЕ ПРОСТРАНСТВО» ПРОИСХОДЯТ ПРИ
 1. перспирации;
 2. рвоте;
 3. отеках;
 4. диарее;
294. ТРАВМАТИЗМ - ЭТО
 1. совокупность повреждений, возникающих на определённой территории или у определённого контингента людей;
 2. наука о травмах;
 3. результат одномоментного воздействия внешнего фактора;
 4. наука о заболеваниях опорно-двигательного аппарата;
295. ВИДЫ ТРАВМАТИЗМА ПО УСЛОВИЯМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ:
 1. производственный;
 2. непреднамеренный;
 3. преднамеренный;
 4. научно-обоснованный.
296. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА - ЭТО
 1. повреждение двух и более органов одной анатомической области;
 2. повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
 3. повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;
 4. травма, при которой возникли гнойные осложнения.
297. ИЗОЛИРОВАННАЯ ТРАВМА - ЭТО

1. повреждение двух и более органов одной анатомической области;
 2. повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
 3. повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;
 4. одно или несколько повреждений анатоμο-функционального образования.
298. МНОЖЕСТВЕННАЯ ТРАВМА - ЭТО
1. повреждение органов разных анатомических областей;
 2. повреждение двух и более органов одной анатомической области;
 3. повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
 4. повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;
299. РАНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ
1. монофокальному;
 2. полифокальному;
 3. сочетанному;
 4. комбинированному;
300. НЕСКОЛЬКО РАН ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ
1. монофокальному;
 2. полифокальному;
 3. сочетанному;
 4. комбинированному;
301. ОЖОГ ЛИЦА И РАЗРЫВ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ
1. взаимоотягощённым;
 2. синергическим;
 3. сочетанным;
 4. комбинированным;
302. В ОТЛИЧИЕ ОТ РАСТЯЖЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ СВЯЗОК (МЫШЦ)
1. наблюдается нарушение целости отдельных волокон;
 2. имеет место нарушение их анатомической целости;
 3. их анатомическая целость сохраняется;
 4. имеется нарушение функции органа;
303. ПО ПАТОГЕНЕЗУ СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ АНАЛОГИЧЕН:
1. с геморрагическим шоком;
 2. с острой дегидратацией;
 3. с синдромом диабетической стопы;
 4. с синдромом позиционного сдавления.
304. КРАШ-СИНДРОМ ВЫЗВАН ЭНДОТОКСИКОЗОМ ПРИ ИШЕМИИ ТКАНИ
1. вследствие массивного их сдавления;
 2. из-за длительного нефизиологического положения тела;
 3. из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;
 4. вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии
305. РАЗВИТИЕ ТУРНИКЕТНОГО (РЕЦИРКУЛЯЦИОННОГО) СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ

1. вследствие массивного их сдавления;
 2. из-за длительного нефизиологического положения тела;
 3. из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;
 4. вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;
306. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЗИЦИОННОГО СДАВЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ
1. вследствие массивного их сдавления;
 2. из-за длительного нефизиологического положения тела;
 3. из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;
 4. вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;
307. К ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ ПОВРЕЖДЕНИЯ:
1. с нарушением целостности покровных тканей;
 2. перелом основания черепа с кровотечением или ликвореей из носа и ушей;
 3. перелом свода черепа без повреждения апоневроза;
 4. ранения покровов головы с повреждением апоневроза.
308. ОТКРЫТАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ СЧИТАЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ
1. кожи и сухожильного шлема;
 2. кожи, сухожильного шлема и костей черепа;
 3. кожи, сухожильного шлема и черепно-мозговых нервов;
 4. кожи, сухожильного шлема, черепа и твердой мозговой оболочки.
309. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ - ЭТО РАССТОЯНИЕ
1. от локтевого до шиловидного отростка;
 2. от локтевого отростка до кончика 3 пальца;
 3. от наружного мыщелка плеча до шиловидного отростка;
 4. от внутреннего мыщелка плеча до кончика 3 пальца;
310. ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ - ЭТО
1. перелом;
 2. вывих;
 3. подвывих;
 4. переломовывих;
311. ПРИ ДАВНОСТИ ВЫВИХА ДО ТРЕХ СУТОК ОН НАЗЫВАЕТСЯ
1. свежим
 2. несвежим;
 3. застарелым;
 4. неврввимым;
312. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ ВКЛЮЧАЕТ:
1. вправление вывиха;
 2. введение миорелаксантов;
 3. транспортную иммобилизацию;
 4. противошоковую терапию.
313. ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВЫВИХЕ:
1. иммобилизация - репозиция - обезболивание - миорелаксация;
 2. обезболивание - миорелаксация - репозиция - иммобилизация;
 3. обезболивание - репозиция - иммобилизация - миорелаксация;

4. иммобилизация - миорелаксация - обезболивание - репозиция;
314. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ - НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТИ КОСТИ
1. вследствие механического воздействия;
 2. вследствие остеосаркомы;
 3. вследствие остеомиелита;
 4. вследствие туберкулёза;
315. ПЕРЕЛОМ ИЗ-ЗА РАЗРУШЕНИЯ КОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. травматическим;
 2. патологическим;
 3. врождённым;
 4. приобретённым;
316. ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:
1. ротационное;
 2. под углом (по оси);
 3. по ширине;
 4. все верно;
317. СРАЩЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ
1. мозолеобразования;
 2. образования соединительнотканного рубца;
 3. образования ложного сустава;
 4. разрастания грануляций;
318. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ:
1. репозиция отломков;
 2. ретенция отломков;
 3. ускорение процессов сращения (ЛФК, диета);
 4. все верно
319. РЕПОЗИЦИЯ-ЭТО
1. сопоставление отломков;
 2. удержание отломков в состоянии репозиции;
 3. ускорение репаративных процессов;
 4. транспортная иммобилизация;
320. ПРИ ОЖОГЕ ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАВИСИТ
1. от глубины поражения;
 2. все перечисленное верно;
 3. от площади поражения;
 4. от локализации поражения.
321. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
1. поражение эпидермиса;
 2. поражение эпителия до росткового слоя;
 3. поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;
 4. некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;
322. ОТЕК, ГИПЕРЕМИЯ И ГИПЕРЕСТЕЗИЯ КОЖИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ
1. I степени;

2. II степени;
 3. III-а степени;
 4. III-б степени;
323. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА II СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ
1. поражение эпидермиса;
 2. поражение эпителия до росткового слоя;
 3. поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;
 4. некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;
324. ПУЗЫРИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ
1. I степени;
 2. II степени;
 3. III-а степени;
 4. III-б степени;
325. ПУЗЫРИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ
1. I степени;
 2. II степени;
 3. III-а степени;
 4. III-б степени;
326. НЕКРОЗ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ
1. I степени;
 2. II степени;
 3. III а степени;
 4. III-б степени;
327. ОЖОГ III-Б СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1. сохранением болевой чувствительности;
 2. обугливанием тканей;
 3. наличием влажного некроза тканей;
 4. отсутствием болевой чувствительности;
328. К ГЛУБОКИМ ОЖОГАМ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЕНИЯ:
1. I степени;
 2. II степени;
 3. III-а степени;
 4. III-б степени;
329. ВЫДЕЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ОБУСЛОВЛЕНО
1. опасностью для жизни;
 2. возникновением ожоговой болезни;
 3. возможностью самостоятельного восстановления кожи;
 4. вероятностью развития острой почечной недостаточности.
330. РЕГЕНЕРАЦИЯ КОЖИ НЕВОЗМОЖНА ПРИ ОЖОГАХ
1. I степени;
 2. II степени;
 3. III-а степени;
 4. III-б степени;

331. ФОРМЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ТЕМПУ РАЗВИТИЯ:
1. острая;
 2. хроническая;
 3. аэробная;
 4. анаэробная.
332. К ОСТРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
1. костно-суставной туберкулез;
 2. актиномикоз;
 3. сибирская язва;
 4. рожа;
333. К ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
1. костно-суставной туберкулез;
 2. сибирская язва;
 3. столбняк;
 4. бешенство.
334. К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ КЛОСТРИДАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ
1. газовая гангрена;
 2. бешенство;
 3. кандидомикоз;
 4. дифтерия;
335. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ СТРУКТУР КОСТИ - ЭТО
1. миелит;
 2. остит;
 3. периостит;
 4. остеомиелит;
336. ПОД ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
1. только костного мозга;
 2. только компактного вещества кости;
 3. только губчатого вещества кости;
 4. всех тканевых структур кости.
337. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ МИЕЛИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ
1. костного мозга;
 2. компактного вещества кости;
 3. губчатого вещества кости;
 4. надкостницы;
338. ВОСПАЛЕНИЕ КОМПАКТНОГО И ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА КОСТИ
1. миелит;
 2. остит;
 3. периостит;
 4. остеомиелит;
339. ПОД ПЕРИОСТИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
1. костного мозга;
 2. компактного вещества кости;
 3. губчатого вещества кости;

4. надкостницы;
340. ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА С ПОЗИЦИИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА:
 1. посттравматический;
 2. гематогенный;
 3. все верно;
 4. огнестрельный
341. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАЧИНАЕТСЯ
 1. в полости сустава;
 2. в костном мозге;
 3. в надкостнице;
 4. в гаверсовых каналах
342. ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
 1. острая;
 2. подострая;
 3. хроническая;
 4. местная;
343. В ИНТРАМЕДУЛЛЯРНУЮ ФАЗУ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОРАЖАЕТСЯ
 1. костный мозг;
 2. компактное вещество кости;
 3. надкостница;
 4. мышцы и клетчаточные пространства
344. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ БОЛЬ
 1. чрезвычайно интенсивная, распирающая;
 2. периодическая, ноющая;
 3. ноющая, возникающая после сна;
 4. ноющая, возникающая в конце дня;
345. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:
 1. наличие гнойного свища;
 2. наличие секвестра и гнойной полости в кости;
 3. рецидивирующее течение заболевания;
 4. все верно
346. ПРИ ПОДОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ
 1. периостотомию;
 2. иссечение свища;
 3. секвестрэктомию;
 4. хирургическую обработку межмышечной флегмоны
347. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ:
 1. остеоперфорацию;
 2. периостотомию;
 3. радикальную секвестрнекрэктомию;
 4. хирургическую обработку межмышечной флегмоны
348. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ГАРРЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:
 1. септическое течение;
 2. серозный экссудат;

3. ограниченный некроз губчатого вещества;
 4. выраженный остеосклероз.
349. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ОЛЛЬЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО
1. септическое течение;
 2. наличие серозного экссудата;
 3. ограниченный некроз губчатого вещества;
 4. отсутствие свищей и флегмон
350. КОКСИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЕТСЯ
1. плечевой сустав;
 2. тазобедренный сустав;
 3. коленный сустав;
 4. лучевой сустав;
351. ВОСПАЛЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО
1. гонит;
 2. коксит;
 3. омарит;
 4. спондилит;
352. ПАНАРИЦИЙ - ЭТО
1. гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;
 2. воспалительное заболевание тканей пальцев;
 3. гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;
 4. любой гнойный процесс на ладони;
353. ПАРОНИХИЯ - это
1. гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;
 2. воспаление тканей в области околоногтевого валика;
 3. гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;
 4. любой гнойный процесс на ладони;
354. ПАНДАКТИЛИТ - ЭТО
1. гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;
 2. воспаление тканей в области околоногтевого валика;
 3. гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;
 4. воспаление всех тканей пальца;
355. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КОЖНОГО ПАНАРИЦИЯ
1. резко болезненный инфильтрат;
 2. гнойный пузырь под эпидермисом;
 3. воспаление околоногтевого валика;
 4. вынужденное полусогнутое положение пальца
356. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПАРОНИХИИ -
1. резко болезненный инфильтрат;
 2. гнойный пузырь под эпидермисом;
 3. локализация процесса в области околоногтевого валика;
 4. вынужденное полусогнутое положение пальца;
357. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ
1. гнойный пузырь под эпидермисом;
 2. локализация процесса в области околоногтевого валика;
 3. вынужденное полусогнутое положение пальца;

4. веретенообразная конфигурация пальца.
358. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ -
1. резко болезненный инфильтрат;
 2. гнойный пузырь под эпидермисом;
 3. воспаление околоногтевого валика;
 4. деструкция кости фаланги пальца на рентгенограмме;
359. ФАЗЫ (СТАДИИ) РАЗВИТИЯ ПАНАРИЦИЯ:
1. микротравмы;
 2. латентная;
 3. гнойно-некротическая;
 4. формирования исходов.
360. ПРИ ПАНАРИЦИИ О ПЕРЕХОДЕ ПРОЦЕССА В ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
1. боль;
 2. отек;
 3. признак размягчения тканей;
 4. гиперемия.
361. ПРИ ПАНАРИЦИЯХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ВЫПОЛНЯЮТ
1. в гнойно-некротическую фазу воспаления;
 2. при регионарном лимфадените;
 3. при фебрильной лихорадке;
 4. при лимфангите;
362. К ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:
1. абсцесс;
 2. флегмона;
 3. все верно;
 4. рожа;
363. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ -
1. фурункул;
 2. сепсис;
 3. абсцесс;
 4. мастит;
364. ВОСПАЛЕНИЕ ВОЛОСЯНОГО Фолликула и ПРИЛЕЖАЩЕЙ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОКРУЖАЮЩЕЙ ИХ ТКАНЬЮ - ЭТО
1. фурункул;
 2. гидраденит;
 3. фурункулёз;
 4. карбункул;
365. ФУРУНКУЛЕЗ - ЭТО
1. осложнение фурункула;
 2. рецидив фурункула;
 3. воспаление волосяного фолликула;
 4. воспаление множества фолликулов в разных областях тела,
366. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ФУРУНКУЛА ОТНОСЯТСЯ:
1. тромбоэмболия легочной артерии;
 2. острый тромбоз флебит;
 3. регионарный лимфангит и лимфаденит;

4. перитонит;
367. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ПОКАЗАНО ПРИ
 1. абсцедировании;
 2. увеличении инфильтрата в размерах;
 3. появлении лимфаденита;
 4. плохой переносимости боли;
368. КАРБУНКУЛ - ЭТО
 1. гнойно-некротическое воспаление, вовлекающее несколько рядом расположенных волосяных фолликулов, сальных желёз и подкожной клетчатки;
 2. рецидив фурункула;
 3. воспаление волосяного фолликула;
 4. воспаление множества волосяных фолликулов;
369. ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ВИДЕ ЕДИНОГО КОНГЛОМЕРАТА ИЗ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ Фолликулов, САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ И ОКРУЖАЮЩИХ ИХ ТКАНЕЙ - ЭТО
 1. фурункул;
 2. гидраденит;
 3. фурункулёз;
 4. карбункул;
370. ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ
 1. сальной железы;
 2. апокриновой потовой железы;
 3. волосяного фолликула;
 4. лимфатического сосуда;
371. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИДРАДЕНИТА:
 1. множественность воспалительных фокусов;
 2. локализация гнояника в любой области кожи;
 3. разлитая гиперемия в зоне поражения;
 4. вовлечение в процесс волосяного фолликула.
372. РОЖА - ЭТО
 1. стрептококковое поражение кожи;
 2. поражение кожи палочкой свиной рожи;
 3. неспецифическое воспаление кожи;
 4. гнойное воспаление слюнных желёз;
373. ПРИ РОЖЕ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЕТСЯ
 1. подкожная клетчатка;
 2. мышечная ткань;
 3. костная ткань;
 4. кожа;
374. ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ РОЖИ:
 1. эритематозная;
 2. буллезная;
 3. геморрагическая;
 4. флегмонозная;
375. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БУЛЛЁЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИ -
 1. симптом «контурной карты»;
 2. шелушение кожи;

3. кровоизлияния в подкожную клетчатку;
 4. отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;
376. **ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК НЕКРОТИЧЕСКОЙ РОЖИ -**
1. симптом «контурной карты»;
 2. шелушение кожи;
 3. отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;
 4. некрозы участков кожи.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

Тема № 1. «Закрытые повреждения мягких тканей. Травматический токсикоз». (11 вопросов)

ВОПРОС № 1

Во время гололеда женщина упала, ударилась головой об асфальт. Была однократная рвота сразу после травмы. Жалуется на головную боль, слабость, головокружение. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 1

Сотрясение головного мозга. Тактика: R-снимок черепа, постельный режим 7-10 суток. Седативная, сосудорасширяющая, антигистаминная, противоотечная терапия. Наблюдение.

ВОПРОС № 2

Во время драки мужчина получил удар тяжелым тупым предметом в теменно-височную область головы. Отмечает потерю сознания 15-20 минут, головную боль, головокружение, слабость. Объективно отмечается припухлость и болезненность в области удара, снижение сухожильных рефлексов в конечностях в противоположной удару стороне, тахикардия. Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 2

Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Тактика: строгий постельный режим и наблюдение, R-снимок костей черепа, люмбальная пункция. Противоотечное лечение, антигистаминные и сосудорасширяющие препараты. Местно – холод.

В О П Р О С № 3

Пешеход сбит автомашиной скользящим ударом. При падении ударился головой о бордюр тротуара. Состояние средней тяжести. Отмечается общая заторможенность при сохраненном сознании и ориентировке, гиперемия лица, локализованная головная боль в области удара. Больной лежит на боку на стороне удара. Отмечается брадикардия, повышение АД, быстрая утомляемость и снижение мышечной силы, а также разница в реакции зрачков на свет.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 3

Сдавление головного мозга гематомой. Немедленная госпитализация в нейрохирургическое отделение, R-снимок черепа, эхоэнцефалография. При смещении структур мозга – трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения. Противоотечная терапия, седативные, антигистаминные, обезболивающие и сосудорасширяющие препараты. Местно – холод.

В О П Р О С № 4

В результате аварии пассажир машины получил травму головы. Отмечается потеря сознания, тяжелое общее состояние. Из слуховых проходов и из носовых ходов отмечается истечение ликвора, кровоизлияние в клетчатку век.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 4

Перелом основания черепа. Срочная госпитализация в нейрохирургическое отделение, R-снимок костей черепа в 2-3 проекциях, люмбальная пункция с измерением давления. Строгий постельный режим, седативная, противоотечная, антигистаминная терапия, антибиотики. Местно – холод. При повышенном давлении ликвора – повторные люмбальные пункции, снижение внутричерепного давления.

В О П Р О С № 5

В результате сдавления грудной клетки рулевой колонкой автомобиля при аварии водитель получил множественный окончательный перелом ребер. Жалуется на боли, затруднение дыхания.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 5

Окончатый множественный перелом ребер с парадоксальным дыханием. Срочная госпитализация в положении полусидя. При оказании первой помощи необходимо наложить фиксирующую тугую повязку на грудную клетку во время максимального выдоха. При поступлении в стационар – R-обследование легких, костей грудной клетки, сердца, при необходимости – плевральная пункция. Профилактика повреждения костными обломками средостения, легочной ткани, обезболивающие, сердечные и дыхательные препараты, антибиотики.

В О П Р О С № 6

Во время спортивных соревнований участник получил сильный удар в левую половину грудной клетки, после чего возникли боли в месте удара, резкая одышка, которая довольно быстро нарастает. Общее состояние пострадавшего ухудшается. Со стороны повреждения дыхание не прослушивается, перкуторно – тимпанит.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 6

Перелом ребер, осложнившийся клапанным пневмотораксом. Немедленно перевести закрытый напряженный пневмоторакс в открытый и срочно госпитализировать больного. В стационаре, после уточнения диагноза, необходимо дренировать плевральную полость с активной аспирацией и контролем. При необходимости – ушивание поврежденного легкого и бронха.

В О П Р О С № 7

В результате падения с лестницы мужчина получил травму грудной клетки, после чего у него появилась подкожная эмфизема сначала на грудной клетке, а затем она распространилась на шею и голову.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 7

Перелом ребер, осложненный закрытым пневмотораксом и нарастающей подкожной эмфиземой. Показана госпитализация больного. Дренажирование плевральной полости с активной аспирацией. При резко выраженной подкожной эмфиземе – подкожное введение толстых инъекционных иглолок.

В О П Р О С № 8

В результате автотравмы пассажир получил сильный удар грудной клеткой о приборную доску машины и о лежащий у него на коленях «дипломат». Состояние средней тяжести. Отмечает боли в области удара. Бледен, отмечает нарастающую слабость, головокружение, жажду. Объективно бледность кожных покровов, тахикардия, слабый пульс, снижение АД до 100/60 мм рт. ст., при кашле – сгустки крови, при перкуссии – притупление звука в нижних отделах грудной клетки.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 8

Разрыв легкого с внутренним кровотечением. Немедленная госпитализация в положении на больном боку с опущенным головным концом, сердечные, дыхательные, кровоостанавливающие препараты. В стационаре – R-контроль, плевральная пункция, при нарастании симптомов кровотечения – немедленная операция, остановка кровотечения, гемостатические препараты, борьба с острой анемией.

В О П Р О С № 9

После плотного ужина во время драки молодой человек получил сильный удар ногой в эпигастральную область живота. Отмечает резкие боли в животе. Объективно живот напряжен, резко болезнен во всех отделах, в дыхании не участвует, перистальтика вялая.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 9

Закрытое повреждение полого органа с развитием перитонита. Немедленная госпитализация и, после уточнения диагноза, операция с ревизией органов брюшной полости, ликвидацией источника перитонита, санацией брюшной

полости. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, сердечные и дыхательные препараты.

В О П Р О С № 10

После резкого сильного неожиданного удара в левую половину живота у больного появилась слабость, бледность кожных покровов, головокружение, обморочное состояние. Состояние средней тяжести, постепенно ухудшается. Нарастает тахикардия, АД 90/50 мм рт. ст., живот болезненный, в дыхании участвует вяло.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 10

Внутреннее кровотечение, связанное с травмой внутренних органов (паренхиматозные органы, сосуды брыжейки кишечника). Необходима срочная госпитализация и, после уточнения диагноза, операция – остановка кровотечения, восполнение кровопотери, антибиотикотерапия, обезболивание.

В О П Р О С № 11

На стройке на рабочего упала стена и придавила ему нижнюю конечность. Сразу извлечь его из-под завала не удалось, спасательные работы продолжаются 3 часа. Состояние пострадавшего относительно удовлетворительное, гемодинамические показатели в пределах нормы.

Ваш диагноз и действия.

О Т В Е Т № 11

Синдром длительного раздавливания с поражением нижней конечности. До освобождения из-под завала необходимо наложить жгут, который затем поменять на тугое бинтование конечности эластичным бинтом и иммобилизовать конечность. Местно – холод. Наркотики, антигистаминные, сердечные препараты, антибиотики, столбнячный анатоксин. В стационаре – борьба с гиперкалиемией (лечение острой сердечной недостаточности) и с острой почечной недостаточностью. Тщательная некрэктомия с фасциотомией.

ВОПРОС № 1

В клинику обратился больной с жалобами на боли в области правого плечевого сустава. Боли появились после игры в бадминтон. При осмотре вынужденное положение правой верхней конечности, головка плеча отсутствует на обычном месте и определяется в подмышечной области. При пассивных движениях отмечается ограничение подвижности конечности, сопровождающееся болями.

Ваш предположительный диагноз? Какой метод исследования поможет верифицировать диагноз? Что делать.

ОТВЕТ № 1

У больного клиническая картина вывиха правого плеча. Для подтверждения или опровержения диагноза необходима рентгенография правого плечевого сустава. Необходимо вправление вывиха с последующей иммобилизацией конечности.

ВОПРОС № 2

У больного клинико-рентгенологическая картина вывиха левого плеча после травмы. Травматолог произвел вправление вывиха по Кохеру. Как подтвердить правильность выполнения манипуляции и какие рекомендации нужно дать больному по дальнейшей реабилитации?

ОТВЕТ № 2

После вправления необходим рентгенологический контроль. Конечность фиксируют гипсовой лонгетой, повязкой Дезо или косыночной повязкой на 2-3 недели. В первые дни – покой, а затем лечебная физкультура.

ВОПРОС № 3

В клинику доставлен больной в бессознательном состоянии. При осмотре отмечается расширение зрачка на правом глазу. Кровоподтеки на лице и волосистой части головы. Дыхание прерывистое, пульс редкий, наполненный. Ваш предварительный диагноз? Какие методы могут помочь поставить правильный диагноз?

ОТВЕТ № 3

Нарушение сознания, анизокория, следы физического насилия позволяют предположить закрытую черепно-мозговую травму, внутричерепную гематому и сдавление головного мозга. Больному в экстренном порядке показана рентгенография костей черепа в двух проекциях, а также срочное ультразвуковое исследование структур головного мозга. При смещении структур мозга – трепанация черепа, остановка кровотечения, устранение сдавления мозга. Наиболее полноценную топическую диагностику поможет осуществить КТ или МРТ головного мозга.

ВОПРОС № 4

У больного клиническая картина закрытой черепно-мозговой травмы, субдуральной гематомы височной области слева. Состояние больного тяжелое. Уровень сознания – ступор. Отмечается анизокория, дыхание Чейн-Стокса, брадикардия до 52 ударов в 1 минуту.

Каков должен быть объем хирургической помощи?

ОТВЕТ № 4

Больному по жизненным показаниям необходима трепанация черепа, эвакуация субдуральной гематомы, остановка кровотечения, борьба с отеком мозга.

ВОПРОС № 5

В клинику доставлен больной в состоянии алкогольного опьянения. Со слов больного – упал из окна второго этажа. Жалобы на боли в спине. При осмотре активные движения в обеих нижних конечностях отсутствуют. Отмечается недержание мочи, стула.

Какое повреждение можно предположить у больного?

ОТВЕТ № 5

У больного клиническая картина перелома позвоночника с повреждением спинного мозга. Необходим рентгенологический контроль, госпитализация с положением больного на щите с приподнятым головным концом и фиксацией головы.

ВОПРОС № 6

В стационар поступил больной с уточненным диагнозом закрытого перелома верхней трети правого бедра со смещением отломков.
Какой вид лечения рационально применить?

ОТВЕТ № 6

В подобных случаях необходимо ввести в место перелома раствор 2% новокаина и наиболее целесообразно наложить скелетное вытяжение.

ВОПРОС № 7

Больная 70 лет, упала на ступеньках крыльца и ударила левым бедром. Жалуется на боли в левом бедре. Движения в левом бедре невозможны. Левая стопа ротирована наружу. Пульс на периферических артериях левой нижней конечности удовлетворительного наполнения.
Ваш диагноз? Что делать.

ОТВЕТ № 7

У больной клиническая картина перелома шейки левого бедра без повреждения сосудистого пучка. Госпитализация, наложение скелетного вытяжения с отведением.

ВОПРОС № 8

Больной поступил в травмпункт с жалобами на боли в правом плечевом суставе. При осмотре установлен диагноз вывиха правого плеча. Выполнено вправление вывиха по методу Джанелидзе. Наложена гипсовая лонгета, больной отпущен домой.

Какую ошибку допустил врач?

ОТВЕТ № 8

Несмотря на клиническую картину вывиха, для исключения сопутствующего перелома, необходимо подтвердить диагноз рентгенологически. После вправления также обязательно нужно произвести контрольную рентгенографию.

ВОПРОС № 9

В приемный покой обратилась женщина 56 лет с жалобами на боли в области обоих нижнечелюстных суставах, которые появились после сильного смеха. При осмотре рот больной открыт, подбородок выпячивается вперед. Жевательные мышцы напряжены.

Как помочь больной?

ОТВЕТ № 9

У больной клиническая картина двустороннего вывиха нижней челюсти. Вывих необходимо вправить под местной анестезией.

ВОПРОС № 10

Мужчина 54 лет доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Известно, что он час назад попал в автоаварию. При осмотре левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Над левым легочным полем тимпанит. Частота дыхания 36 в 1 минуту.

Ваш диагноз? Как его подтвердить? Каков объём манипуляций?

ОТВЕТ № 10

У больного клиническая картина левостороннего травматического тотального пневмоторакса. Диагноз необходимо подтвердить при рентгенологическом исследовании. Больному показаны пункция и дренирование левой плевральной полости с активной аспирацией в экстренном порядке.

**Тема № 3. «Предоперационный период.
Послеоперационный период».
(10 вопросов)**

ВОПРОС № 1

Больной 25 лет поступил в хирургическое отделение с направительным диагнозом «острый гастрит». В отделении дежурный хирург после осмотра поставил диагноз «острый аппендицит, местный перитонит». Как Вы считаете, необходимо ли исключить диагноз «острый гастрит», используя инструментальный метод исследования? Сколько времени Вы отведете на подготовку больного к операции?

ОТВЕТ № 1

Острый аппендицит относится к заболеваниям, требующим экстренного оперативного вмешательства. При клиническом исследовании был выставлен диагноз «местный перитонит», хирург должен направить больного в операционную в течение часа, Если больной, по мнению хирурга, подлежит дополнительному обследованию или лечению (шок, необходимость инфузионной терапии), в истории болезни должны быть обоснованы показания к задержке операции, но и она не должна быть длительной (1-2 часа).

ВОПРОС № 2

У больного, страдающего язвенной болезнью желудка при гастроскопии был взят участок ткани из язвы и при гистологическом исследовании биоптата были выявлены атипичные клетки, поставлен диагноз «рак желудка». К какому типу операции по срочности выполнения Вы отнесете операцию у этого больного?

ОТВЕТ № 2

Больной страдает онкологическим заболеванием и нуждается в проведении оперативного вмешательства, после срочного дополнительного обследования и подготовке к операции, в среднем, не более двух недель.

ВОПРОС № 3

Больной С., 20 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом «острый аппендицит». Час тому назад он употреблял пищу. Стул был сутки тому назад. Больному показана экстренная операция.

Какую подготовку желудочно-кишечного тракта Вы должны провести больному и с какой целью?

ОТВЕТ № 3

При предоперационной подготовке больного в данном случае перед операцией проводят промывание желудка для предупреждения рвоты или регургитации во время наркоза.

ВОПРОС № 4

В отделение реанимации машиной скорой помощи доставлен мужчина 26 лет с проникающим ранением в 5 межреберье слева по передней подмышечной линии. При осмотре больной в сознании, кожные покровы бледные, зрачки широкие. Частота пульса 120 в 1 минуту. АД 80/60 мм рт. ст. Одышка 24 в 1 минуту. На область раны наложена окклюзионная повязка, которая пропитана кровью.

Какой Ваш предположительный диагноз? Ваша тактика в отношении лечения больного?

ОТВЕТ № 4

Больному в отделении реанимации должно быть срочно начата противошоковая терапия, немедленная его транспортировка в операционную, где на фоне противошоковых мероприятий выполняется экстренная операция (торакотомия), при которой выявляется характер повреждения и производится окончательный гемостаз.

Промедление с операцией недопустимо, так как возможен летальный исход. Шок не является абсолютным противопоказанием к проведению экстренной операции.

ВОПРОС № 5

В хирургическое отделение машиной скорой помощи доставлен больной 68 лет с жалобами на сильные боли в животе, которые появились сутки тому назад. Боли начались внезапно «как удар кинжала». В анамнезе: около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: живот несколько вздут, мышцы передней брюшной стенки доскообразно напряжены, особенно в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перистальтика не определяется. На обзорной рентгенограмме свободный газ под куполом диафрагмы отсутствует.

Какой Ваш предположительный диагноз? Какой инструментальный метод исследования может помочь в постановке диагноза?

ОТВЕТ № 5

У больного клиническая картина перфоративной язвы (анамнестически – двенадцатиперстной кишки). Для уточнения диагноза следует сделать эзофагогастродуоденоскопию, при отрицательных данных необходимо сделать повторную обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Вы можете, к своему некоторому удивлению, обнаружить газ под куполом диафрагмы в виде «серпа». Данное исследование подтверждает наличие перфорации: воздух при гастроскопии через отверстие в стенке двенадцатиперстной кишки оказался в брюшной полости. В сложных случаях методом выбора может стать лапароскопия.

ВОПРОС № 6

Больная Е., 68 лет, оперирована по экстренным показаниям по поводу острого холецистита, холедохолитиаза, холангита, механической желтухи. После операции была переведена в отделение реанимации. Через 20 минут развилось угнетение дыхания. Клинические симптомы: редкое поверхностное дыхание, синюшность кожи лица.

Какое осложнение раннего послеоперационного периода развилось у больной и возможные причины его? Какие мероприятия следует произвести для ликвидации развившегося осложнения?

ОТВЕТ № 6

Угнетение дыхания у оперированной больной может быть обусловлено угнетающим действием наркотических веществ на дыхание и кровообращение, рвота и регургитация вследствие западения языка и нижней челюсти, что может привести к механической асфиксии.

Необходимо: строгое наблюдение за больной в раннем послеоперационном периоде. При нарушении дыхания немедленно начать ИВЛ мешком Амбу, для профилактики западения языка используются воздуховоды, восстанавливающие проходимость дыхательных путей. Предварительно рот открывают роторасширителем и языкодержателем извлекают язык. При obturации верхних дыхательных путей рвотными массами производится их удаление механически из полости зева и аспирация из верхних дыхательных путей электроотсосом.

ВОПРОС № 7

Больная Н., 28 лет, поступила в хирургическое отделение по поводу острого аппендицита, была произведена аппендэктомия: удален гангренозный червеобразный отросток. Операция происходила с техническими трудностями в виду ретроцекального расположения отростка и наличия умеренного инфильтрата, поэтому в правый латеральный канал к месту операции была подведена дренажная трубка. Наблюдалась в реанимационном отделении. Через час дежурный хирург обратил внимание на бледность кожных покровов, тахикардию (частота пульса 110 в 1 минуту, АД 110/60 мм рт. ст.). В контейнере обнаружено до 300,0 мл крови, поступившей по дренажу. Больной начато капельное вливание эписилон-аминокапроновой кислоты, введен дицинон, викасол. Через 20 минут состояние больной не улучшилось, тахикардия достигла 120 ударов в 1 минуту.

Какое осложнение развилось у больной в раннем послеоперационном периоде? Какова Ваша тактика?

ОТВЕТ № 7

У больной развилось раннее послеоперационное осложнение: внутрибрюшное кровотечение. Консервативная терапия неэффективна. Поставлен вопрос о немедленной операции. Операция: релапаротомия. Во время операции выявлено необходимо выявить и ликвидировать источник кровотечения. В реанимационном отделении – продолжать гемостатическую терапию, проводить борьбу с острой анемией.

ВОПРОС № 8

Больной Д., 48 лет, был оперирован по поводу язвенной болезни желудка. Произведена операция: резекция $\frac{3}{4}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Послеоперационный период в первые 2 дня проходил нормально, была начата стимуляция кишечника. Однако на 3-и сутки наступило ухудшение: появилась тошнота, была однократная рвота, через назогастральный зонд выделялось до 200,0-300,0 мл застойного желудочного содержимого. При осмотре: живот у больного вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, напряжение мышц не определяется, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечные шумы не выслушиваются, газы не отходят. Какое осложнение развилось у больного? Какие мероприятия необходимо провести, чтобы ликвидировать осложнение?

ОТВЕТ № 8

У больного развилась клиническая картина пареза желудочно-кишечного тракта (динамической кишечной непроходимости). В зависимости от выраженности клинических проявлений, показаны следующие мероприятия: 1. адекватное обезболивание; 2. ранняя активизация больного; 3. промывание и удаление содержимого из желудка через зонд; 4. препараты, стимулирующие сокращение гладкой мускулатуры кишечника (гипертонический раствор 10% NaCl, прозерин, питуитрин, убретид и др.); 5. гипертонические клизмы; 6. перидуральная анестезия при отсутствии признаков перитонита; 7. Физиотерапия.

ВОПРОС № 9

Больной К., 80 лет, был оперирован по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В течение суток больной не мог самостоятельно помочиться, несмотря на разрешение сделать эту попытку, стоя у постели. Какое осложнение развилось у больного? Можете ли назвать его возможные

причины? Какие мероприятия Вы проведете по ликвидации этого осложнения?

ОТВЕТ № 9

У больного после операции возникла острая задержка мочи, что связано, по-видимому, учитывая возраст больного, с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Следует учитывать, что задержка мочеиспускания может быть рефлекторного характера, в том числе и у молодых людей и обусловлена болью, спастическим сокращением мышц брюшного пресса, таза, сфинктера мочевого пузыря, поэтому обязательно нужно обезболить после операции. Нарушения мочеотделения могут быть связаны с воспалительными заболеваниями: циститом, уретритом, пиелонефритом. Если больной не может самостоятельно помочиться, следует мочу вывести мягким, а при отсутствии эффекта – металлическим катетером. В редких случаях приходится проводить пункцию или накладывать надлобковый свищ мочевого пузыря.

ВОПРОС № 10

Больной Е., 32 лет, оперирован по экстренным показаниям по поводу острого флегмонозного аппендицита. Произведена аппендэктомия. Послеоперационная рана не была дренирована. На 3-и сутки у больного повысилась температура тела до 38,2о, усилились боли в области раны, несмотря на проводимое обезболивание. На перевязке: кожные покровы в области швов обычной окраски, но при пальпации вдоль раны определяется уплотнение (инфильтрация тканей).
Какое осложнение развилось у больного? Какие действия Вы предпримите для уточнения диагноза и лечения осложнения?

ОТВЕТ № 10

Следует внимательно осмотреть рану: наличие инфильтрата настораживает хирурга о возможности развития гнойного процесса в ране. Следует снять 1-2 шва с кожи и сделать ревизию: не содержит ли раневая полость экссудата, при отсутствии его следует снять 1-2 шва с апоневроза или «пройти» между краями сшитого апоневроза зондом. Если при ревизии субапоневротического пространства был получен гной, то необходимо снять несколько швов с апоневроза, рану санировать перекисью водорода, ввести марлевую турунду с диоксидином. В дальнейшем лечение проводить по принципу лечения гнойных ран.

**Тема № 4. «Недостаточность венозного кровообращения.
Недостаточность лимфообращения».
(11 вопросов)**

ВОПРОС № 1

Больной А., 25 лет, жалуется на зубную боль, повышение температуры тела до 38,0, озноб, болезненность в подчелюстной области слева. Болен 2 дня. При осмотре отечность и гиперемия десен в области 6-7 нижних зубов слева. В подчелюстной области определяются плотные, округлые, подвижные, не спаянные с кожей, болезненные при пальпации образования 2-2,5 см в диаметре. Кожа над ними не изменена.

Ваше заключение? Какова должна быть тактика и характер лечения?

ОТВЕТ № 1

У больного воспалительный процесс в области 6-7 зубов, вторичный левосторонний серозный лимфаденит. Пациента следует направить на лечение к стоматологу для определения характера патологии зубов. После устранения причины лимфаденита он купируется, как правило, самостоятельно. В экстренном хирургическом вмешательстве на момент осмотра больной не нуждается.

ВОПРОС № 2

На прием пришел юноша 20 лет, который жалуется на боли в правой стопе, повышение температуры тела до 37,5. При осмотре на тыльной поверхности П-III пальцев правой стопы имеются потертости размерами 1,0 x 0,8 см с налетом фибрина, кожа вокруг ран гиперемирована. Тыльная поверхность правой стопы отечна, отмечается гиперемия в виде продольных полос на тыле стопы и медиальной поверхности голени до ее средней трети. В паховой области определяется умеренно болезненный плотно-эластической консистенции с гладкими краями узел размерами 2,5 x 2 см. Узел подвижный, кожа над ним не изменена.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 2

У больного инфицированные потертости II-III пальцев правой стопы, осложнившиеся вторичным лимфангитом тыла стопы и нижней трети голени и паховым серозным лимфаденитом. Больного следует госпитализировать, произвести туалет ран, наложить повязки с антисептиками, назначить системную антибиотикотерапию. В первые 2-3 дня предписывается постельный режим с приподнятой нижней конечностью.

ВОПРОС № 3

Больному Б., 72 лет, внутривенно введен высококонцентрированный лекарственный препарат. К вечеру больной жалуется на боли в локтевом сгибе, гиперемиию кожи, уплотнение в месте инъекции. При осмотре в локтевом сгибе определяется участок гиперемии кожи длиной 3 см, болезненное уплотнение.

Ваше заключение и тактика лечения?

ОТВЕТ № 3

У больного развился острый тромбофлебит подкожной вены в результате химического ожога интимы. Необходимо прекратить вливания в пораженную вену, наложить компресс с гепариновой мазью.

ВОПРОС № 4

Больная М., 62 лет, страдающая варикозной болезнью, 4 дня назад почувствовала тянущие боли по ходу расширенной вены нижней трети бедра, уплотнение на этом участке вены. Через 2 дня уплотнение распространилось до верхней границы внутренней поверхности бедра, появилась гиперемия и отечность. При осмотре плотный болезненный тяж на внутренней поверхности бедра, доходящий до верхней трети, гиперемия кожи, отечность. Флюктуации нет. Температура тела 37,6о.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 4

У больной восходящий тромбофлебит большой подкожной вены. В связи с угрозой перехода процесса в глубокие вены, отрывом тромба и развития тромбоэмболии легочной артерии, больной в экстренном порядке следует произвести перевязку и пересечение большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную (кроссэктомия).

ВОПРОС № 5

Больной Е., 69 лет, поступил в стационар с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и нижней трети голени, повышение температуры тела до 38,4о. Боли усиливаются в положении стоя и при ходьбе. Отек развился через 3 дня после появления болей. При осмотре кожа стопы и нижней трети голени слегка гиперемирована, лоснится. Видна сеть внутрикожных вен. Цвет кожи с синюшным оттенком, который усиливается при опускании ноги. Окружность средней трети правой голени на 5 см больше, чем левой на этом же уровне. Движения в правом голеностопном суставе сохранены, но болезненны при тыльной флексии. Имеется болезненность по ходу сосудистого пучка голени и подколенной ямке. Общий анализ крови: лейкоциты – 119, сдвиг формулы влево, СОЭ - 25 мм/час, протромбин - 110%.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 5

У больного острый тромбофлебит глубоких вен голени. Подлежит госпитализации. Ему предписывается постельный режим на 5-7 дней (срок плотного прикрепления тромба к интимае) с возвышенным положением конечности на шине Беллера (15-20о). Назначают прямые (гепарин) и непрямые антикоагулянты под контролем показателей свертываемости крови (для гепарина) и протромбина (для непрямых антикоагулянтов). При лечении гепарином время свертываемости крови должно быть увеличено в 2 раза, протромбин снижен до 40%. Для растворения тромба в первые 3-5 дней целесообразно введение фибринолизина, стрептазы и т.д. Применяются медицинские пиявки. Для устранения воспалительного процесса используются нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак,

аспирин, бутадион и т.д.). Для улучшения реологических свойств крови – реополиглюкин. После купирования острых явлений ношение эластического бинта II класса.

ВОПРОС № 6

Больному 67 лет произведена резекция и протезирование левого тазобедренного сустава металлическим протезом. На 4-е сутки появились распирающие боли и быстро прогрессирующий отек левой нижней конечности, распространившийся до паховой складки. При осмотре кожа лоснится, напряжена, «мраморной» окраски. Окружность левого бедра и голени на 10 и 6 см больше окружности правого бедра и голени соответственно. Пальцы левой стопы бледные, движения в них ограничены. Пульсация на задней большеберцовой артерии слева ослаблена. Анализ крови: лейкоциты – 149, сдвиг влево, СОЭ - 36 мм/час, протромбин - 110%, длительность кровотечения снижена.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ОТВЕТ № 6

Течение послеоперационного периода осложнилось острым подвздошно-бедренным флеботромбозом. Больного следует перевести в специализированное отделение сосудистой хирургии, где под прикрытием антикоагулянтной терапии должна быть выполнена тромбэктомия или флеботромбэктомия с восстановлением венозного кровотока.

ВОПРОС № 7

Больная Н., 42 лет, оперирована по поводу миомы матки, произведена надвлагалищная ампутация матки. На постельном режиме находилась 5 дней. При вставании с постели на 6-е сутки больная внезапно упала. Появилась одышка, загрудинные боли, синюшность кожи лица и верхней половины грудной клетки.

Ваше заключение?

ОТВЕТ № 7

У больной в результате длительного обездвиживания произошел отрыв тромба и тромбоэмболия легочной артерии. Больная нуждается в специализированной помощи. Проводятся реанимационные мероприятия, антикоагулянтная терапия до прибытия специалиста по сосудистой хирургии.

ВОПРОС № 8

На 6-е сутки после резекции толстой кишки по поводу рака у больной С., 46 лет, появились тянущие боли в левом бедре и голени, незначительное увеличение конечности в объеме – окружность левой голени на 2 см превышает окружность правой.

Что случилось с больной? Ваши диагностические и лечебные мероприятия?

ОТВЕТ № 8

Можно предположить наличие флотирующего тромба в бедренной вене, что грозит его отрывом и развитием тромбоэмболии легочной артерии. Для диагностики следует выполнить ультразвуковое ангиосканирование и флебографию. При подтверждении диагноза производится тромбэктомия.

ВОПРОС № 9

Больная 54 лет поступила в хирургическое отделение по поводу появляющихся в различных участках нерасширенных подкожных вен левой нижней конечности болезненных уплотнений. При осмотре определяются плотные болезненные тяжи длиной 3-4 см по ходу большой подкожной вены на стопе, голени и бедре. Над некоторыми из них имеется гиперемия кожи. Ваше заключение? Показано ли оперативное лечение?

ОТВЕТ № 9

У больной мигрирующий тромбофлебит поверхностных вен левой нижней конечности, который наблюдается при болезни Бюргера (облитерирующий тромбангиит), раке поджелудочной железы и толстой кишки и т.д. Поэтому необходимо исключить эти заболевания.

Хирургическое лечение не показано при мигрирующем тромбофлебите, как проявлении облитерирующего тромбангиита. В остальных случаях показана перевязка большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную, для профилактики ТЭЛА.

ВОПРОС № 10

У больной З., 30 лет, на фоне острого сепсиса 5 дней назад появилось уплотнение и краснота по ходу подкожной вены на бедре. Объективно: гиперемия кожи на участке длиной 10 см, флюктуация.

Ваше заключение? Выберите тактику лечения.

ОТВЕТ № 10

У больной септическое расплавление тромба. Показано хирургическое лечение: вскрытие гнойника, перевязка вены с целью предотвращения распространения процесса.

ВОПРОС № 11

Больная Г., 45 лет, страдает варикозной болезнью нижних конечностей. 2 дня назад ниже паховой складки появились боли и уплотнение по ходу вены. Объективно: температура тела 37,3о, определяется плотный болезненный тяж по ходу большой подкожной вены дистальнее паховой складки на 3-4 см. Отека конечности нет, кожа обычной окраски. Ваш диагноз и тактика лечения?

ОТВЕТ № 11

У больной острый тромбоз большой подкожной вены вблизи ее устья. Есть угроза перехода тромботического процесса в глубокую вену и отрыв тромба. Показано оперативное лечение в экстренном порядке – перевязка большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную.

Тема № 5. «Гнойные заболевания мягких тканей». **(11 вопросов)**

ВОПРОС № 1

К хирургу в поликлинику обратился мужчина 30 лет с жалобами на наличие болезненного уплотнения в области верхней губы с гнойничком в центре, боль в этой области, головную боль, повышение температуры тела до 39о. При осмотре выявлен конусовидно возвышающийся инфильтрат кожи диаметром 0,5 см, в центре определяется вершина некротического стержня. Отек распространяется на область глаза, вследствие чего глазная щель несколько сужена.

Поставьте диагноз. Какова тактика врача поликлиники? Какое лечение Вы примените? Необходима ли операция?

ОТВЕТ № 1

У больного сформировался фурункул в области носогубного треугольника лица. Такое расположение опасно. В случае прогрессирования процесса возможно развитие тромбоза лицевых вен, переход воспалительного процесса через систему v. ophthalmica на кавернозный синус. При отсутствии

своевременного лечения возможно развитие менингита и арахноидита со смертельным исходом. Показана срочная госпитализация в хирургическое отделение, удаление некротического стержня в операционной, местное и общее лечение, обязательно включающее антибиотики, строгий постельный режим, протертую пищу. Местное лечение: повязки с гипертоническим раствором и протеолитическими ферментами, УФ-облучение и УФ-терапия.

ВОПРОС № 2

В хирургическое отделение поступил больной 40 лет с жалобами на наличие образования типа инфильтрата на задней поверхности шеи, повышение температуры тела до 40°. На поверхности инфильтрата имеется несколько гнойно-некротических пустул, создающих впечатление наличия «слета», которые в центре сливаются между собой и образуют обширный некроз. Вокруг инфильтрата имеется выраженный отек тканей. У больного отсутствует аппетит, нарастает слабость. Больному назначены антибиотики, постельный режим, дезинтоксикационная терапия, но на следующий день состояние больного не улучшилось, увеличился отек тканей.

Поставьте диагноз. Какова Ваша тактика лечения при этом заболевании? С какими другими заболеваниями следует дифференцировать выявленное Вами заболевание? Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель? Что предрасполагает к возникновению этого заболевания?

ОТВЕТ № 2

В начальной стадии заболевания возможно консервативное лечение: строгий постельный режим, прием жидкой пищи, ограничение речи. Антибиотики, сульфаниламиды. УВЧ-терапия.

При нарастании гнойной интоксикации и некроза производится операция: рассечение инфильтрата крестообразным разрезом до фасции и иссечение некротизированных тканей.

ВОПРОС № 3

Больная 70 лет поступила в хирургическое отделение, восемь дней назад ей произвели введение в правую ягодицу 25% раствора сернокислой магнезии – 10,0. Беспокоят боли в области левой ягодицы, температура повысилась до 39°. При осмотре внешне кожные покровы не изменены, определяется небольшая отечность их, пальпация болезненная на значительном протяжении, флюктуация не определяется, однако локально имеется участок

выраженной инфильтрации, резко болезненный при пальпации. Какое заболевание Вы заподозрили у больной? Какую методику Вы выберите, чтобы подтвердить диагноз и локализацию процесса? Если Вы примете решение об операции, то какой разрез Вы предпримете? Если Вы обнаружили гной, что необходимо дополнительно сделать для полного опорожнения гнойника? Дайте определение отграниченного и разлитого воспаления жировой клетчатки.

ОТВЕТ № 3

У больной развился постинъекционный абсцесс ягодицы. Учитывая, что флюктуация при физикальном исследовании не была выявлена, можно предположить, что имеет место фаза инфильтрации, с другой стороны при глубоком расположении гнойник может быть не выявлен. В таких случаях следует сделать пункцию данного образования, при получении гноя необходимо вскрыть гнойник радиальным разрезом и, если он плохо опорожняется, через произведенный Вами разрез необходимо дополнительно, в самой низкой точке полости произвести дополнительный разрез – контрапертуру. Так как данный гнойник имеет плотные стенки, то мы расцениваем данное образование как абсцесс, а не флегмону, последнее имеет тенденцию к распространению.

ВОПРОС № 4

На прием к дерматологу пришла женщина 45 лет с жалобами на повышение температуры тела до 40,5^о, боли в правой голени, образование пузырей, наполненных жидкостью. Больная после осмотра врачом была направлена в хирургическое отделение. Хирург уточнил, что заболевание началось остро, с потрясающего озноба, сильной головной боли. При осмотре: кожа в области передней поверхности голени резко гиперемирована, в виде языков пламени, отечна, имеется несколько пузырей различных размеров, наполненных серозным содержимым. Инфильтрации в области поражения не определяется, максимальная болезненность выявлена на периферии воспаления. Лейкоциты – 17,0 x 10⁹/л, в моче цилиндры, белок. Диагноз заболевания? Перечислите возможные формы заболевания? Какой возбудитель вызвал воспалительный процесс? Какое лечение Вы назначите больной, учтете ли Вы при этом форму заболевания? Показано ли применение влажных повязок?

ОТВЕТ № 4

У больной эритематозно-буллезная рожа правой голени. Различают эритематозную, буллезную, флегмонозную, некротическую форму рожи. При посеве содержимого пузыря выделен стрептококк, он является возбудителем заболевания. Следует применить эритемные дозы УФ-облучения, назначить антибиотики, сульфаниламидные препараты. Пузыри следует вскрыть, наложить повязки с мазью (синтомициновой, тетрациклиновой и др.). Влажные повязки и ванны абсолютно противопоказаны. При флегмонозной и гангренозной формах рожи производят вскрытие гнойников, удаление некротических тканей, дренирование. В последующем при показаниях производят пересадку кожи.

ВОПРОС № 5

На 3-й день после родов у женщины 24 лет проявилось ощущение тяжести и напряжение в правой молочной железе, которое постепенно усилилось, стало определяться опухолевидное образование, достаточно подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на него молоко выделяется свободно, сцеживание безболезненно, после сцеживания женщина испытывала облегчение, температура тела нормальная - 36,8°. Однако, на 4-5-е сутки повысилась температура до 37,2-37,4°. Лейкоциты крови $7,2 \times 10^9/\text{л}$. Женщина обратилась в поликлинику. Какой процесс развился у женщины? Каков Ваш диагноз? Какое лечение Вы назначите: возможно консервативное или необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству?

ОТВЕТ № 5

У женщины после родов развился острый застой молока. Необходимо придать железе возвышенное положение с помощью мобилизирующей повязки или лифчика, сдавление железы должно отсутствовать. Продолжается кормление грудью, сцеживание молока с помощью молокоотсоса, ограничивают прием жидкости, назначают но-шпу и окситоцин. Следует учитывать, что не всегда удается дифференцировать острый застой молока от начальной формы мастита, поэтому если температура увеличивается, то любое нагрубание молочных желез следует расценивать как серозную стадию мастита и необходимо своевременно начать лечение.

ВОПРОС № 6

На 5-е сутки после родов у женщины 25 лет, на фоне острого застоя молока в обеих молочных железах, повысилась температура тела, развился озноб, слабость и сильная боль в левой молочной железе. При исследовании: левая молочная железа увеличена в размерах, пальпация ее болезненна, в верхне-наружном квадранте нечетко определяется инфильтрат. Лейкоцитоз $11,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 26 мм/час. Больная проводила мероприятия, направленные на ликвидацию застоя молока в молочных железах. Однако сцеживание молока, прием но-шпы и окситоцина не принесли успеха. Через 2 дня температура тела повысилась до 40° , пальпируемое образование приняло более четкие контуры.

Какой Ваш диагноз? Как Вы расцениваете динамику патологического процесса у больной? Какое лечение следует провести больной?

ОТВЕТ № 6

У больной на фоне острого застоя молока в молочной железе развилась серозная, а затем инфильтративная форма мастита. Учитывая, что в начальные формы мастита необходимо применить активное консервативное лечение (антибиотики, полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, макролиды, сульфаниламиды), также необходимо провести инфузионную терапию с использованием гемодеза, солевых растворов и гамма-глобулина. В целях обратного развития процесса необходимо применение ретромаммарных новокаиновых блокад с антибиотиками и протеолитическими ферментами (70-80 мл 0,5% раствора новокаина, 500 тыс. ед. канамицина и 10 мг трипсина или химотрипсина), обязательно применяется УВЧ, УЗ, УФ-облучение молочной железы. При тяжелом течении мастита, чтобы увеличить возможность обратного развития мастита следует произвести подавление лактации, назначить комбинацию эстрогенов с андрогенами: 1 мл 0,1% раствора синэстрола в сочетании с 1 мл раствора тестостерона, по 2,5 мг парлодела и эргобромкриптина 2 раза в сутки в течение 3-7 дней.

ВОПРОС № 7

Женщина 23 лет, безуспешно в течение недели после заболевания, лечилась консервативно по поводу инфильтративной формы мастита. На 8-е сутки температура тела повысилась до 40,5о. Частота пульса 120 в 1 минуту. Молочная железа резко увеличена, кожа отечная, гиперемирована, в этой области пузыри, наполненные геморрагическим содержимым, с участками некроза, пальпируется инфильтрат в нижних квадрантах железы, в одном из участков определяется флюктуация. Лейкоциты - 16,4 x 10⁹/л, в моче определяются белок и цилиндры.

Ваш диагноз? Выберите метод лечения и обезболивания, дайте характеристику разрезов при данной форме мастита.

ОТВЕТ № 7

У больной развился гнойный (гангренозный) мастит. Показано проведение оперативного вмешательства под общим обезболиванием, исключением являются единичные поверхностные подкожные гнойники, которые можно вскрыть под местной анестезией. Показано проведение радиальных разрезов, удаление всех некротизированных тканей и гноя при наличии интрамаммарных гнойников. Края ран разводят крючками, разделяют перемычки, раны обрабатывают раствором перекиси водорода, производится дренирование ран, перевязки. В последующем по показаниям – наложение вторичных швов.

ВОПРОС № 8

В хирургическое отделение машиной скорой помощи доставлена женщина 28 лет, с диагнозом «гнойный мастит». Больна в течение недели. Температура тела 41о. Лейкоциты – 14,2 x 10⁹/л. Лечилась в поликлинике – без эффекта. При исследовании: правая молочная железа увеличена в размерах, болезненная при пальпации, в нижних квадрантах ее определяется болезненный плотный инфильтрат, располагающийся глубоко, ближе к большой грудной мышце. Кожа над ним не изменена. Дежурный ординатор расценил данное образование как глубоко расположенный интрамаммарный абсцесс и под общим обезболиванием вскрыл гнойник радиальным разрезом, вследствие глубины некротические ткани не были иссечены, полость гнойника дренирована, но отток через установленную дренажную трубку был недостаточен.

Оцените действия хирурга, правильны ли они, достаточен ли разрез, полноценно ли дренирование?

ОТВЕТ № 8

У больной хирургом был диагностирован глубоко расположенный интрамаммарный гнойник. Учитывая, что после радиального разреза гной выделился в небольшом количестве, не соответствуя клинической картине заболевания, следует считать, что у больной имеется ретромаммарный или глубоко расположенный интрамаммарный абсцесс.

Необходимо было произвести вскрытие абсцесса по переходной складке (разрез Барден-Гейра) и проточно-аспирационное дренирование ретромаммарного гнойника.

ВОПРОС № 9

В поликлинику к хирургу обратилась женщина 54 лет с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движениях конечности в плечевом суставе, повышение температуры тела до 38,2о. Считает себя больной в течение 10 дней, заболевание развилось после бритья волос в подмышечной впадине. При осмотре: в подмышечной области определяется припухлость багрово-красного цвета, а также три одиночных узла, незначительно болезненные при пальпации, выступающие над уровнем кожи. При пальпации одного из них определяется флюктуация. Инфильтрат спаян с кожей.

Поставьте диагноз. Какая причина заболевания по Вашему мнению? Что непосредственно воспаляется при данном заболевании? Какой возбудитель является причиной воспаления? Ваш план лечения в зависимости от стадии заболевания.

ОТВЕТ № 9

У больной правосторонний подмышечный гидраденит с признаками абсцедирования. Возбудителем заболевания обычно является золотистый стафилококк, проникающий через выводной проток потовой железы и вызывающей ее воспаление. Отдельные воспалительно измененные лимфоузлы могут сливаться между собой, образуя инфильтрат, а также подвергаться абсцедированию.

Необходимо вскрыть гнойник, назначить больной антибиотики,

сульфаниламиды, провести иммунизацию стафилококковым анатоксином. Местно: сбриваются волосы, кожа обрабатывается спиртом, 3% раствором бриллиантовой зелени, назначается УВЧ, УФ-облучение.

ВОПРОС № 10

В хирургическое отделение поступила женщина через месяц после родов. Жалобы на боли в области соска и ареолы. Больна в течение недели. При осмотре молочная железа не увеличена в размерах, не отечна. В области околососкового кружка – гиперемия, определяется инфильтрация подлежащей железистой ткани. Из соска выделяется молоко с примесью гноя.

Поставьте диагноз. Как называется воспаление млечных ходов молочной железы, околососкового кружка? Какова тактика лечения?

ОТВЕТ № 10

У больной имеется воспаление околососочкового кружка – ареолит. Выделение гноя через воспаленные протоки молочной железы – галактофорит. В данном случае необходимо хирургическое лечение, производится щадящий разрез в виде полукруга на границе с околососковым кружком, гной удаляется, полость гнойника дренируется.

ВОПРОС № 11

В гнойное хирургическое отделение доставлена больная с жалобами на боли в области левой ягодицы, температуру тела 38,7о. Больной себя считает около 10 дней, когда по поводу высокого артериального давления фельдшером в левую ягодицу была произведена инъекция раствора сульфата магния. При осмотре: в верхне-наружном квадранте левой ягодицы определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре плотного болезненного инфильтрата определяется участок размягчения. Анализ крови: лейкоциты $12,4 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 7%, с/я – 74%, СОЭ – 26 мм/час.

1. Поставьте свой диагноз заболевания.
2. В случае сомнения, как подтвердить правильность диагноза?
3. Ваша личная тактика? В случае операции – определите ее этапы. Ваши действия?

ОТВЕТ № 11

1. Диагноз: постинъекционный абсцесс левой ягодицы.
2. В случае сомнения в диагнозе пункция образования.
3. Основные этапы: разрез, ревизия полости гнойника, эвакуация гноя, санация гнойной полости, дренирование.

Тема № 6. «Острая специфическая хирургическая инфекция». (13 вопросов)

ВОПРОС № 1

У больного, находящегося в клинике по поводу обширной рваной раны нижней конечности, полученной в полевых условиях, спустя 1 сутки от момента травмы, появились явные признаки интоксикации, боли в ране, чувство «врезывания» повязки в рану, эпидермис на поврежденной конечности отслаивается в виде пузырей, определяется крепитация в мягких тканях.

- а) Какое осложнение Вы заподозрите у больного?
- б) Назовите вид возбудителя.
- в) Приведите классификацию осложнения.

ОТВЕТ № 1

- а) Анаэробная газовая гангрена.
- б) Возбудитель *Cl. perfringens*, *Cl. Oedematies*, *Cl. septicum*, *Cl. hystoliticum*.
Спорообразующая грамположительная палочка.
- в) Классификация.
 - I. По морфологическим проявлениям: целлюлит, миозит, смешанная.
 - II. По распространенности: локализованная, распространенная.
 - III. По клинике: молниеносная, быстро прогрессирующая, медленно прогрессирующая.

ВОПРОС № 2

С места боевых действий доставлен пострадавший с осколочными ранениями нижних конечностей.

- а) Какие специфические инфекционные осложнения мы можем ожидать у такого пострадавшего?
- б) Способы экстренной профилактики их.

ОТВЕТ № 2

А) Клостридиальная инфекция (газовая гангрена) и столбняк.

Б) 1. Неспецифическая профилактика: ранняя первичная хирургическая обработка; хорошая иммобилизация конечности; борьба с шоком и кровопотерей.

2. Специфическая профилактика. Газовая гангрена – поливалентная противогангренозная сыворотка 30 000 АЕ (по 10 000 perfringens, oedematis, septicum. Столбняк – у привитых 0,5 мл АС, у непривитых 1 мл АС и 3000 АЕ ПСС или 450-600 МЕ ПСЧИ, далее через 1 мес 0,5 мл АС и через 12 мес 0,5 мл АС.

ВОПРОС № 3

В клинику доставлен пациент БОМЖ с обширными ранами нижних конечностей, из которых отмечается отделяемое буроватого цвета с резким неприятным запахом. При ревизии ран мышцы серого цвета, тусклые, не кровоточат. На коже в области поражения бурое пятно, отмечается выраженный отек в области ран. Давность травм не известна, медицинскую помощь не получал. Состояние больного тяжелое, интоксикационный синдром, температура 38,8о, истощен.

- а) Ваш диагноз?
- б) Факторы, предрасполагающие к развитию этого заболевания у данного больного?
- в) Ваша тактика лечения?

ОТВЕТ № 3

- а) Анаэробная газовая флегмона.
- б) Кахексия, обширные раны нижних конечностей, загрязненные землей, отсутствие иммобилизации, запоздалая медицинская помощь.
- в) После частичной сан. обработки в приемном отделении госпитализация больного в отдельную палату, соблюдение сан-эпид режима. Широкие лампасные разрезы, аэрация ран. Интенсивная инфузионная терапия, антибактериальная терапия, специфическая терапия (под наркозом переливание противогангренозной сыворотки по схеме).

ВОПРОС № 4

Мальчик 11 лет, играя во дворе с детьми, получил открытый перелом правой плечевой кости. Профилактика специфической инфекции не проводилась. В стационаре была выполнена операция: внеочаговый остеосинтез. Спустя 12 часов после поступления в стационар, через 10 часов от момента операции мать отметила появление отека конечности, крепитацию в области мягких тканей конечности, в том числе на предплечье и кисти, резкое возбуждение мальчика, повышение температуры до 38°. Врач осмотрел пациента, оставил его в общей палате, коррекцию лечения не провел.

- а) О каком осложнении скорее всего можно думать?
- б) Назовите ранние симптомы этого осложнения.
- в) Какие ошибки допущены мед. персоналом??
- г) Против каких специфических инфекций в данном случае должна была быть проведена профилактика?

ОТВЕТ № 4

- а) Анаэробная газовая гангрена.
- в) Несвоевременно выполненное оперативное лечение, не выполнена специфическая профилактика газовой гангрены, больной оставлен в общей палате, не предпринята экстренная ревизия раны, изменение тактики лечения.
- в) При наличии документально подтвержденного прививочного анамнеза профилактика столбняка не проводится в данном случае. При отсутствии вводится 0,5 мл АС, введение противогангренозной сыворотки.
- г) Боль в ране, повышение температуры тела, увеличение объема конечности, неадекватное поведение больного, симптом лигатуры, симптом швов.

ВОПРОС № 5

У больного с ранениями мягких тканей голени без повреждения крупных сосудов и кости выявлены признаки газовой гангрены. На операции некротический целлюлит без распространения на бедро. Хирург выполнил высокую ампутацию бедра.

- а) Правильную ли, на Ваш взгляд, тактику выбрал хирург в данном случае?
- б) Перечислите показания к ампутации.
- в) Какую тактику лечения этого больного избрали бы Вы?

ОТВЕТ № 5

- а) Нет, так как у больного ограниченная форма целлюлита.
- б) Показаниями к ампутации являются: тотальное поражение всей конечности, безуспешность предыдущей операции, ранения магистральных сосудов, обширное повреждение кости.
- в) Ревизия раны, вскрытие затеков, аэрация, выполнение лампасных разрезов. Специфическое лечение: введение противогангренозной сыворотки под наркозом 150 тыс. АЕ внутривенно капельно + внутримышечно 5 проф. доз, далее введение типоспецифической сыворотки. ГБО.

ВОПРОС № 6

У больного с множественными огнестрельными ранениями бедра после хирургической обработки рана ушита наглухо. Наложена гипсовая лонгета. Через 1 сутки диагностирована клостридиальная инфекция. В связи с неэффективностью хирургического лечения выполнена ампутация бедра под жгутом с формированием культи выкроенными лоскутами. Культи ушита с оставлением 2-х перчаточных дренажей. В дальнейшем состояние ухудшилось, признаки клостридиальной инфекции выявлены в области культи с переходом на брюшную стенку.

- а) Какие ошибки были допущены в лечении больного?
- б) Как продолжить лечение?

ОТВЕТ № 6

- а) После ревизии рана ушита наглухо, технически неправильно выполнена ампутация. Неизвестно, проводилось ли специфическое лечение. Надо проводить ампутацию гильотинным методом без жгута с иссечением нежизнеспособных тканей. Культи не ушивается.

б) В настоящее время снять швы, развести рану, иссечь ткани, дополнительные разрезы. Проводить специфическое лечение, аэрацию раны, ГБО.

ВОПРОС № 7

Военнослужащий в мирное время получил травму: наступил на гвоздь. Обратился за помощью в медпункт. После плановой вакцинации военнослужащих прошло 4 мес.

- а) Надо ли ему проводить специфическую профилактику столбняка?
- б) Как вообще проводится экстренная профилактика столбняка?

ОТВЕТ № 7

- а) Так как военнослужащим проводится плановая иммунизация, то экстренная профилактика не оказана, если с момента 1 ревакцинации прошло не более 6 мес и до года после 2 ревакцинации.
- б) У непривитых и с неизвестным анамнезом или документально не подтвержденным анамнезом, вводят 1,0 мл АС после пробы 3000 МЕ ПСС или 450-600 МЕ ПСЧИ, далее 1 ревакцинация через 1 мес, 2 – через 9-12 мес.

ВОПРОС № 8

В медпункт в леспромхозе обратился рабочий с жалобами на отек в области пальцев стопы, наличие пузырей с прозрачным содержимым, зуд и жжение в этой области. Данные жалобы возникли после длительной работы на морозе в холодной мокрой обуви.

- а) Нуждается ли больной в экстренной профилактике столбняка?
- б) Расскажите подробно о технике ее проведения.

ОТВЕТ № 8

- а) У больного отморожения II ст., в связи с этим профилактика показана.
- б) Техника проведения согласно инструкции.

ВОПРОС № 9

В родильный дом доставлена роженица с новорожденным. Роды произошли в машине скорой помощи. Состояние матери и ребенка удовлетворительное.

- а) Нуждается ли роженица и новорожденный в экстренной профилактике столбняка?
- б) Какой препарат предпочтительно вводить, если у больной аллергия на лошадиный белок?
- в) Приведите классификацию столбняка.

ОТВЕТ № 9

- а) Да.
- б) Нужно вводить ПСЧИ.
- в) Классификация столбняка:
 - I. От ворот внедрения: раневой, послеожоговый, после отморожения, послеродовой, новорожденных, криптогенный.
 - II. По распространенности: местный, общий.
 - III. По клиническому течению: острая форма, подострая форма, стертая.

ВОПРОС № 10

У больного с огнестрельными ранениями верхней конечности через 15 дней после травмы появились дергающие боли в ране и по ходу нервных стволов, судорожные подергивания мышц вокруг раны увеличились лимфатические узлы. Рана зажила первичным натяжением.

- а) О каком осложнении может идти речь?
- б) Каков прогноз у этого больного?
- в) Ваша тактика лечения в данном случае?

ОТВЕТ № 10

- а) Можно думать о раневом столбняке, форма местная.
- б) Прогноз благоприятный.
- в) Иссечение раны, тщательная ревизия с удалением инородных тел и специфическое лечение ПСС 100 000 – 150 000 МЕ суточная доза, 200 000 – 350 000 МЕ курсовая по схеме или ПСЧИ 20 000 – 50 000 МЕ по схеме АС по 0,5 мл через 5 дней трижды внутримышечно.

ВОПРОС № 11

У больной после криминального аборта через 5 дней появилась сардоническая улыбка, затруднение при глотании, судороги, повышенная потливость.

- а) О каком осложнении может идти речь?
- б) Какова тактика лечения?
- в) Каков прогноз у данной больной?

ОТВЕТ № 11

- а) Столбняк послеабортный, распространенный, острая форма.
- б) Прогноз сомнительный, так как имеется общая симптоматика и короткий инкубационный период.
- в) Тихая затемненная палата, круглосуточное наблюдение, противосудорожная терапия, специфическая терапия по схеме, при угрозе развития апноэ - трахеостомия, ИВЛ.

ВОПРОС № 12

В хирургический стационар поступил пожилой больной с клиникой распространенного перитонита. На операции выявлена перфорация опухоли толстой кишки, каловый перитонит.

- а) Нуждается ли больной в экстренной профилактике столбняка?
- б) В течение какого времени эффективно специфическое лечение от начала заболевания?
- в) Назовите возбудителя столбняка, где он обитает?
- г) Перечислите факторы патогенности возбудителя.

ОТВЕТ № 12

- а) Да, так как есть перфорация толстой кишки.
- б) *Cl. tetani* анаэроб, спорообразующий. Споры обнаруживаются в земле, фекалиях, толстой кишке человека.
- в) В течение 2 суток, пока возбудитель находится в крови.
- г) Тетаноспазмин – вызывает судороги, тетанолизин – лизис эритроцитов. Путь распространения перинеурально, эндоневрально и гематогенно.

ВОПРОС № 13

В хирургический стационар обратился скорняк, обрабатывающий шкуры овец, с жалобами на недомогание, наличие инфильтрата в паховой области с язвочкой. Дно ее черного цвета. При осмотре вокруг язвочки имеются мелкие пузырьки с серозным содержимым.

- а) О каком заболевании может идти речь?
- б) Ваши действия как хирурга приемного отделения?

ОТВЕТ № 13

- а) Сибирская язва.
- б) Больного необходимо перевести в инфекционный стационар. Сообщить об этом в СЭС.

Тема № 7. «Остеомиелит. Гнойные заболевания суставов». **(5 вопросов)**

ВОПРОС № 1

Больной 19 лет поступил в клинику с жалобами ноющего характера в области левого тазобедренного сустава, гиперемию и отек мягких тканей в проекции большого вертела, общую слабость. Озноб, повышение температуры до 37,5о. Начало заболевания связывает с ушибом мягких тканей, в области тазобедренного сустава сформировалась гематома. В лечебное учреждение не обращался. Спустя неделю отметил резкий подъем температуры до 39,5о, озноб, колющие боли в области грудной клетки, кашель с обильной мокротой. Обратился в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз: «крупозная пневмония». Спустя полтора месяца стали беспокоить боли ноющего характера в области левого тазобедренного сустава. Локальный статус: гиперемия и отек тканей в проекции большого вертела и крыла левой подвздошной кости, резкая болезненность и флюктуация. На R-грамме отмечаются прогрессирующие изменения в левой подвздошной кости – образование секвестра.

Ваша тактика?

ОТВЕТ № 1

1. Вскрытие флегмоны, дренирование, антибактериальная терапия.
2. Повторная госпитализация, спустя 6 месяцев после операции. Радикальная операция – некрсеквестрэктомия, резекция левой подвздошной кости, дренирование и санация зоны некрэктомии, антибактериальная терапия.

ВОПРОС № 2

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в левой ягодичной области. Больна в течение месяца. В анамнезе внутримышечные инъекции витаминов, выполненные амбулаторно, осложнившиеся постинъекционной флегмоной, которая была вскрыта амбулаторно, с последующим формированием свища в этой области. Свищ периодически перестает функционировать – это сопровождается появлением болей и повышением температуры до 38-39°. При осмотре диагностирован свищ диаметром 0,5 см и глубиной до 5 см, окруженный зоной инфильтрации диаметром до 10 см, с обильным гнойным отделяемым. При иссечении свища (длиной до 7 см) вскрыта гнойная полость, заполненная гноем (до 20 мл) и содержащая костный фрагмент размерами 2 x 1 x 0,5 см с изъеденными краями. Гнойная полость размерами 3 x 5 x 5 см, выполнена гнойными грануляциями и окружена капсулой.

О каком диагнозе можно думать?

Какие диагностические исследования необходимо выполнить?

ОТВЕТ № 2

Специальные методы исследования - рентгенограмма, КТ могут подтвердить диагноз: «остеомиелит таза».

КТ и R-грамма определили дефект в задней части левого КПС.

ВОПРОС № 3

Больной 62 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе, наличие свища в левой ягодичной области, парез нижних конечностей, дизурические расстройства, после травмы позвоночника в результате падения. Находился на лечении у невропатолога. В проекции крестцово-копчиковой области имелись пролежни. В настоящее время левая нижняя конечность укорочена, стопа пастозна, отвисает, «когтистая», парез.левой тазобедренный сустав деформирован. В левой ягодичной области на границе верхнего и нижнего латеральных квадрантов

в центре имеется свищ диаметром 0,2 см, покрытый сухой корочкой, инфильтрация окружающих тканей до 10 см диаметром, рубцового характера (после пролежня).

О каком диагнозе можно думать?

Диагностика и лечение.

ОТВЕТ № 3

Деформация и наличие свища в проекции левого тазобедренного сустава указывают на наличие деструкции, которая связана с гнойно-деструктивным процессом в зоне перелома головки и шейки левого бедра. С целью уточнения диагноза необходимо проведение рентгенологических и КТ-методов диагностики.

ВОПРОС № 4

Больная 23 лет поступила в клинику с жалобами на боли ноющего характера в области крестца. Около года назад перенесла острый стафилококковый сепсис на фоне гидраденита, после чего стали беспокоить боли в области крестца. Около полугода назад оперирована: вскрыта «нагноившаяся киста копчика». В послеоперационном периоде сформировался свищ, в проекции копчика, постоянно функционирует, отделяемое гнойное. За 2 недели до госпитализации в клинику отошел секвестр.

Ваша тактика, диагностика и лечение.

ОТВЕТ № 4

Обследование: рентгенологические методы и КТ-диагностика (фистулография).

Лечение хирургическое – иссечение свища, некрсеквестрэктомия.

ВОПРОС № 5

Больная 18 лет поступила в клинику с жалобами на боли в левом плече и левой голени. При обследовании выявлены очаги костно-деструктивных изменений с наличием секвестров в левой большеберцовой и плечевой костях. Показано оперативное лечение.

Ваша тактика?

Характер и очередность оперативного лечения.

ОТВЕТ № 5

Оперативное вмешательство вначале должно выполняться на плече, затем на голени, так как в послеоперационном периоде на голени необходимо использование костылей и дополнительная нагрузка на левое плечо, что может привести к формированию параоссальной флегмоны, патологическому перелому и другим осложнениям.

Тема № 8. «Пластическая хирургия». **(10 вопросов)**

ВОПРОС № 1

У больного с травматическим повреждением спинного мозга, нижней параплегией, нарушением функции тазовых органов, имеется глубокий гранулирующий пролежень в крестцовой области размерами 10 x 15 см. Перифокального воспаления нет. Заживление столь обширного пролежня вторичным натяжением у обездвиженного больного маловероятно, в связи с чем показана кожно-пластическая операция.

Какой вид хирургического вмешательства выбрать?

ОТВЕТ № 1

Оптимальным вариантом закрытия данного дефекта тканей будет пластика перемещенным кожно-фасциальным или кожно-мышечным лоскутом, позволяющая воссоздать в зоне повреждения полноценный кожный покров.

ВОПРОС № 2

У пациента трудоспособного возраста в результате травмы возникло разможнение мягких тканей стопы. После проведенной хирургической обработки в объеме резекции стопы на уровне костей предплюсны образовалась обширная раневая поверхность размерами 10-12 см. После проведенного лечения отмечен переход раневого процесса во II фазу со стиханием воспалительных явлений и развитием яркой грануляционной ткани. Размеры раны и ее расположение в функционально значимой зоне определяют необходимость выполнения реконструктивно-пластической операции. Однако местных тканей для этого недостаточно. Какой вид пластики целесообразен?

ОТВЕТ № 2

Учитывая нагрузки, которые будут возникать при хождении больного, целесообразно выполнить пластику васкуляризованным кожно-мышечным лоскутом, перемещенным из отдаленных участков тела в варианте либо «итальянской» пластики на временно питающей ножке, либо с наложением микрососудистых анастомозов.

ВОПРОС № 3

У больного 24 лет в результате тяжелой автотравмы и последующего хирургического лечения образовался обширный сегментарный дефект большеберцовой кости длиной 15 см. Встал вопрос о замещении дефекта. Какой из методов выбрать?

ОТВЕТ № 3

Одним из наиболее рациональных методов замещения костного дефекта в данной ситуации будет наружный чрескостный дистракционно-компрессионный остеосинтез большеберцовой кости в аппарате Илизарова.

ВОПРОС № 4

У больного после травматического отрыва 1 пальца правой кисти с последующей его реплантацией в центре микрохирургии через 3 часа после операции отмечены резкая бледность кожи, снижение местной температуры и напряжения кислорода в области пришитого пальца.

О развитии какого осложнения можно думать?
Ваши действия?

ОТВЕТ № 4

Данные клинической картины и инструментального исследования свидетельствуют о развитии артериального тромбоза, вероятнее всего в зоне наложенных микроанастомозов.

Необходима экстренная помощь в виде тромболизиса, либо хирургическое вмешательство с ревизией зоны сосудистых анастомозов и восстановлением кровотока.

ВОПРОС № 5

У пациентки 39 лет через сутки после проведения косметической операции на веках отмечен выраженный отек в зоне операции, глаза закрыты отечными веками. При этом состояние больной удовлетворительное. Болевой синдром не выражен. Температура нормальная. В общем анализе крови без воспалительных изменений. Местно: кроме выраженного отека других данных за воспалительные явления нет.

О чем можно думать в подобной ситуации, и какие действия врача необходимы?

ОТВЕТ № 5

Анатомической особенностью век является наличие рыхлой подкожно-жировой клетчатки. Ее выраженный отек через сутки после операции на веках и определяет характерную клиническую картину и не является свидетельством развития послеоперационного осложнения. В ближайшие сутки должно отмечаться прогрессирующее уменьшение местного отека. И лишь при сохраняющемся или нарастающем отеке, появлении других симптомов воспаления следует решать вопрос о ревизии ран.

Действия врача: напомнить пациентке о необходимости обеспечения покоя на ближайшие дни и приема антигистаминных препаратов. Повторный осмотр через сутки.

ВОПРОС № 6

У больного 35 лет после операции пластики мочеиспускательного канала по поводу травматической стриктуры, в течение месяца после хирургического вмешательства отмечается прогрессирующее нарушение мочеиспускания. О развитии какого послеоперационного осложнения может идти речь? Какие инструментальные методы диагностики будут в данной ситуации наиболее информативны?

ОТВЕТ № 6

На основании течения послеоперационного периода можно думать о развитии рубцового рестеноза уретры. Диагноз поможет подтвердить рентгенографическое исследование - ретроградная уретрография.

ВОПРОС № 7

У женщины 24 лет в результате воспаления волос образовался ожог III степени на 40% волосистой части головы. В результате проведенной некрэктомии и аутодермопластики раны расщепленным лоскутом сформировался обширный участок кожи, лишенный волосяного покрова. От предложенного постоянного ношения парика больная категорически отказывается.

Возможна ли хирургическая коррекция послеожоговой аллопеции? Если «да», то каким образом?

ОТВЕТ № 7

В настоящее время существует хирургический метод, позволяющий восстанавливать волосяной покров на голове, утраченный в результате глубокого ожога части волосистой части головы. Метод носит название «эндодермотензия» и заключается в том, что под кожу головы с сохраненным волосяным покровом временно имплантируется резиновый баллон необходимого размера с клапаном, выведенным наружу. В послеоперационном периоде в него в течение нескольких недель дозированно закачивается жидкость. Таким образом достигается увеличение объема баллона и растяжение над ним кожи с волосяным покровом. В итоге имплантат удаляется, а возникший избыток покрытой волосами кожи используется для пластического замещения рубцов которые при этом иссекаются.

ВОПРОС № 8

Одним из наиболее простых и широко распространенных методов пластики дефектов кожи является аутодермопластика расщепленным лоскутом, предложенная еще в 1871 г. Ж. Реверденом и претерпевшая к нашему времени совсем небольшие, преимущественно технические, изменения. При этом известно, что при выполнении пересадки кожный трансплантат хорошо приживается далеко не во всех случаях. И зависит это от большого количества факторов.

Какие из них являются важнейшими?

ОТВЕТ № 8

Это адекватная подготовка реципиентной зоны – наличие по всей поверхности раны ярких мелкозернистых грануляций с низким уровнем их бактериальной обсемененности, правильно выполненная операция и ведение больного в раннем послеоперационном периоде.

ВОПРОС № 9

Пластическая хирургия зародилась в глубокой древности, когда еще не только не было современного хирургического инструментария, но и не существовало таких понятий, как асептика и антисептика, что во многом в наши дни определяет положительный результат подобных операций. И, тем не менее, одной из самых распространенных пластических операций в это время явилась пластика носа. Так, в сочинении «Аюр-Веда» (около 1000 г. до н.э.), приводится оперативная техника восстановления отрубленного носа. С тех пор описанный способ нашел широкое распространение в пластической и восстановительной хирургии и сохранил за собой название «индийского». В чем заключалась суть предложенной операции?

Что использовалось в качестве пластического материала при проведении ринопластики?

ОТВЕТ № 9

На лбу формировался кожно-фасциальный лоскут на ножке, ротировался на 90°, и из него формировался нос. Хорошее кровоснабжение этой области

определяло высокую устойчивость лоскута к инфекции и положительный результат операции в доантичную эру.

ВОПРОС № 10

У пациента, доставленного в стационар с кровотечением из общей бедренной артерии в результате ножевого ранения, при интраоперационной ревизии выявлен дефект передней стенки артерии размерами 2 x 0,5 см, ушить который из-за угрозы сужения магистрального сосуда не представлялось возможным.

Какой из вариантов сосудистой пластики позволит надежно остановить кровотечение, сохранив при этом адекватный кровоток по артериальному стволу?

ОТВЕТ № 10

Операцией выбора в подобной ситуации может быть пластика дефекта бедренной артерии заплатой из аутовены. Для этого без всякого ущерба для кровообращения конечности может быть удален участок подкожной вены, из которой и формируется заплата.

Тема № 9. «Принципы лечения инфицированных ран и профилактика гнойных осложнений.

Основные методы диагностики и лечения гнойных ран».

(10 вопросов)

ВОПРОС № 1

Мужчина 35 лет госпитализирован в хирургическое отделение по поводу обширной раны бедра через 3 часа после травмы, полученной на лесоповале в результате падения бревна. Повязка, наложенная при оказании первой помощи, обильно промокла кровью. Общее состояние больного удовлетворительное.

Действия врача?

ОТВЕТ № 1

Больному показано выполнение первичной хирургической обработки раны и остановка кровотечения. Кроме того, необходимо выяснить, проводилась ли больному вакцинация против столбняка и когда. Если нет, то нужно провести экстренную профилактику столбняка: введение столбнячного анатоксина и

противостолбнячного человеческого иммуноглобулина.

ВОПРОС № 2

Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыла рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния и вызвала врача. При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура до 39^о, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: поврежденная конечность резко отечна до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3 x 7 см, ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом крепитации. На обзорной R-грамме голени определяются межмышечные скопления воздуха. О каком осложнении ран вероятнее всего идет речь?

ОТВЕТ № 2

На основании анамнеза, жалоб больной и клинической картины заболевания, подтвержденной R-логическим исследованием, следует думать о развитии анаэробной клостридиальной инфекции – газовой гангрены.

ВОПРОС № 3

Столяр 52 лет, работая в мастерской, получил рваную рану левого предплечья, самостоятельно обработав которую, продолжил работу. Обратился к врачу через 2 суток с жалобами на боли в области раны, повышение температуры до 38^оС. При осмотре обнаружена картина гнойно-воспалительного процесса в зоне повреждения. Какова лечебная тактика?

ОТВЕТ № 3

Наличие случайной раны является показанием к выполнению ее первичной хирургической обработки. Поскольку с момента повреждения прошло более 48 часов, то такая первичная хирургическая обработка считается поздней, а ее объем из-за развившейся инфекции будет заключаться в удалении нежизнеспособных тканей и создании условий для адекватного дренирования раны. Наложение первичных швов в данном случае

противопоказано.

ВОПРОС № 4

В приемное отделение хирургического стационара обратился молодой мужчина с жалобами на боли в области правой половины грудной клетки, затруднение дыхания. При расспросе удалось выяснить, что три часа назад пациент получил ранение грудной клетки тонким длинным предметом (вязальной спицей). Общее состояние больного удовлетворительное, гемодинамика стабильная, дыхание учащенное. В 6-м межреберье справа по задней подмышечной линии имеется точечная рана 0,2 x 0,2 см без признаков наружного кровотечения и перифокальных воспалительных явлений.

О каких опасностях и осложнениях колотого ранения можно думать?

ОТВЕТ № 4

Колотые раны характеризуются, как правило, точечным входным отверстием и длинным раневым каналом, что и определяет высокую вероятность повреждения внутренних органов. В данном случае ранение может проникать в грудную полость и вызывать повреждение легкого с развитием внутриплеврального кровотечения и/или пневмоторакса. Для уточнения диагноза, помимо физикального и лабораторного обследований, информативным может быть выполнение обзорной R-графии грудной полости.

ВОПРОС № 5

У пациента, находящегося на лечении в хирургическом отделении по поводу обширной скальпированной раны левого бедра, после проведенной хирургической обработки и местного лечения на передне-наружной поверхности бедра имеется дефект кожи размерами 13 x 20 см. Дно раны представлено яркой мелкозернистой грануляционной тканью, отделяемое скудное серозное, перифокального воспаления нет.

О какой фазе раневого процесса идет речь?

Какова оптимальная лечебная тактика на данном этапе?

ОТВЕТ № 5

Описанная клиническая картина соответствует II фазе раневого процесса – фазе регенерации, для которой характерна пролиферация грануляционной ткани. Учитывая большие размеры раневого дефекта, заживление вторичным натяжением маловероятно, в связи с чем на этом этапе показано хирургическое закрытие раны с помощью свободной кожной пластики расщепленным лоскутом.

ВОПРОС № 6

Пациент, доставленный машиной скорой помощи в приемное отделение районной больницы, сообщил о колотом ранении левого бедра 1 час назад. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Гемодинамика стабильная. По органам и системам без особенностей. Местно: по передне-внутренней поверхности в верхней трети левого бедра имеется колото-резаная рана размерами 2,5 x 0,5 см с интенсивным (после удаления повязки) капиллярным кровотечением. Наряду с этим, рядом с раной определяется округлой формы опухолевидное образование размерами 5 x 4 x 7 см. Кожные покровы над ним несколько напряжены, имбибированы кровью. При пальпации выявляется напряжение тканей и пульсация образования, синхронная с ритмом сердца.

О каком осложнении колото-резаного ранения идет речь?

Действия врача районной больницы?

ОТВЕТ № 6

Налицо клиническая картина повреждения бедренной артерии с формированием пульсирующей гематомы. Признаков продолжающегося артериального кровотечения, а также симптомов массивной кровопотери нет. Оптимальной будет экстренная госпитализация больного в сосудистое отделение, поскольку велика вероятность того, что потребуются выполнение реконструктивной операции на магистральной артерии, выполнять которую целесообразно в специализированном отделении.

ВОПРОС № 7

Больному 47 лет, 2 дня назад была выполнена первичная хирургическая обработка случайной раны тыла правой кисти, завершившаяся наложением первичных швов. Сегодня пациент отметил усиление болей в области операции, отек кисти, повышение температуры, в связи с чем повторно обратился к врачу. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. По органам без особенностей. Местно: отмечается выраженный отек тыла правой кисти. Кожа вокруг швов резко напряжена, гиперемирована. Пальпация этой зоны резко болезненная. Функция кисти нарушена.

О каком осложнении идет речь?

Действия врача?

ОТВЕТ № 7

Данная картина характерна для развития нагноения закрытой швами раны. Необходима госпитализация пациента в гнойное хирургическое отделение и выполнение экстренной операции – повторной хирургической обработки раны. Ее предполагаемый объем: снятие швов, ревизия раны, некрэктомия, вскрытие гнойных затеков, создание условий для адекватного дренирования раны.

ВОПРОС № 8

Пациенту после выполнения первичной хирургической обработки раны бедра наложены провизорные швы.

Что могло послужить основанием для принятия подобного решения?

ОТВЕТ № 8

Возможно, первичная хирургическая обработка раны не была полной или к моменту ее выполнения определялись небольшие воспалительные изменения в тканях.

ВОПРОС № 9

Раненый с поле боя был доставлен в гарнизонный госпиталь через 4 часа после осколочного ранения правого бедра. В экстренном порядке была выполнена операция: первичная хирургическая обработка огнестрельной раны, во время которой был удален металлический осколок. Анатомически важные образования повреждены не были. Встал вопрос о завершении операции – накладывать ли первичный шов?

Ваши доводы?

ОТВЕТ № 9

Даже ранняя и выполненная в полном объеме первичная хирургическая обработка огнестрельной раны из-за особенностей повреждающего фактора, как правило, не предполагает наложение первичного шва. Наиболее целесообразно в течение нескольких суток производить лечение раны под

повязками и при отсутствии осложнений закрыть ее с помощью первичного отсроченного, либо раннего вторичного шва.

ВОПРОС № 10

Пациенту была выполнена первичная хирургическая обработка разможенной раны ягодичной области, которая из-за выраженных перифокальных воспалительных явлений не была завершена наложением первичных швов. На 15-е сутки после операции отмечено развитие ярких грануляций по всей поверхности раны, отделяемое приобрело серозный характер, перифокальное воспаление стихло. Дефект тканей имеет овальную форму и размеры 18 x 7 см, глубиной до 4 см.

Определите дальнейшую лечебную тактику.

ОТВЕТ № 10

Учитывая значительные размеры дефекта, переход раневого процесса во II фазу, целесообразно хирургическое закрытие раны. Локализация и размеры повреждения позволяют произвести наложение поздних вторичных швов.

Тема № 10. «Ожоги, отморожения, электротравма». **(11 вопросов)**

ВОПРОС № 1

В приемное отделение многопрофильной больницы доставлен пожилой больной, страдающий нарушением температурной чувствительности кожных покровов нижних конечностей после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Сегодня, в течение 3-х часов, принимал ножную ванну. При осмотре: признаки обширных ожогов нижних конечностей I-II степени.

Какая тактика врача приемного отделения? Какой вид некроза следует ожидать у данного больного?

ОТВЕТ № 1

Следует наложить стерильную повязку, провести профилактику столбняка, обезболить больного и немедленно госпитализировать в хирургическое отделение, либо в ожоговое отделение больницы. Наиболее вероятно развитие влажного некроза кожных покровов.

ВОПРОС № 2

У больного ожог передней поверхности туловища II степени, площадь его – около 9% поверхности тела.

В какое отделение (палатное или ожоговое реанимационное) следует поместить больного? Какова вероятность развития у него ожоговой болезни? Как следует поступить с ожоговыми пузырями?

ОТВЕТ № 2

Ожоговая болезнь развивается при площади поражения более 15% поверхности кожи поверхностными ожогами (II-III степени), поэтому в данном случае достаточна госпитализация в палатное хирургическое отделение. Крупные пузыри надрезают и выпускают их содержимое; мелкие чаще не вскрывают.

ВОПРОС № 3

У больного, получившего ожог II степени обеих верхних конечностей, на 3-и сутки после начала лечения поднялась температура тела до 38,4о, больной беспокоен, тоны сердца приглушены, суточный диурез 150 мл. нарушения целостности пузырей, признаков их нагноения нет.

Какова наиболее вероятная причина гипертермии? Каковы лечебные мероприятия в данном случае?

ОТВЕТ № 3

У больного признаки ожоговой токсемии, при этом лечение должно быть комплексным, включающим борьбу с токсинами (форсированный диурез, гемо-, ультрафильтрацию), кардиотоники, антигистаминную, инфузионно-трансфузионную терапию.

ВОПРОС № 4

У больного, находящегося на лечении в ожоговом центре 11 суток по поводу ожога рук, лица II-III степени, умеренная гипертермия (температура тела 37,6-37,9°), ознобы, клинико-рентгенологическая картина двухсторонней пневмонии. Ожоговая поверхность – с очагами некроза, гнойно-фибринозным налетом. Больному до этого проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, местное лечение открытым методом.

Какова тактика лечения в данном случае?

ОТВЕТ № 4

У больного признаки септикотоксемии. Необходимо срочно назначить антибиотик широкого спектра действия, с учетом большой вероятности того, что возбудителем пневмонии будет госпитальный штамм синегнойной палочки, стафилококка, и т.п. микроорганизмы. Местное лечение дополнить некротомией, некрэктомией.

ВОПРОС № 5

При беседе лечащего врача с родственниками пожилого больного, находящегося на лечении по поводу ожога стопы II-III степени, страдающего сопутствующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, сестра пациента спросила врача о дате возможной выписки больного.

Каковы перспективы и сроки стационарного лечения?

ОТВЕТ № 5

Ожоги III степени обычно эпителизируются (заживают) к концу 3-4 недели после травмы, однако это – минимальные сроки госпитализации, с учетом атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей и, соответственно, худшей трофики пораженных кожных покровов.

ВОПРОС № 6

В медико-санитарную часть завода поступило одновременно 12 пострадавших на аварии теплосети рабочих. При этом они получили ожоги горячим паром П-Ша степени обеих рук, лица.

Какова примерная площадь поражения поверхности тела? В какое отделение следует госпитализировать пострадавших?

ОТВЕТ № 6

В соответствии с правилом «девяток», примерная площадь поражения составит $9 + 9 + 1 = 19\%$ поверхности тела. Степень и распространенность ожога весьма вероятны для развития ожогового шока и в последующем ожоговой болезни. Госпитализация должна быть в специализированные ожоговые реанимационные отделения многопрофильных больниц.

ВОПРОС № 7

Сотрудник УБЭП обратился в медицинский кабинет с жалобой на покраснение, кожный зуд в области передней поверхности левого бедра. В левом кармане брюк пациент накануне, во время выполнения задания, носил крупные денежные купюры, меченные короткоживущими изотопами. При осмотре: на коже передней поверхности бедра – довольно правильной округлой формы очаг гиперемии размером 4 см, регионарные лимфоузлы (паховые) умеренно увеличены, болезненные.

Ваш диагноз? Какова тактика врача?

ОТВЕТ № 7

У больного – лучевой ожог кожи бедра. С учетом спектра излучения короткоживущих изотопов (преимущественно, альфа-излучение), вероятность развития лучевой болезни невелика. Следует наложить стерильную повязку с метноанестезирующим средством. В последующем, однако, следует ежедневно наблюдать за состоянием кожи в области ожога, так как вероятно развитие ограниченного некроза.

ВОПРОС № 8

В травматологический пункт обратилась мама ребенка 11 лет. На протяжении 1,5 часов мальчик играл в хоккей на открытом воздухе. При осмотре: ушные раковины мраморной окраски, болезненные, с признаками эскориации. Чувствительность их снижена. Мама ребенка призналась, что «растирала уши снегом».

Какую травму получил ребенок? Какова тактика врача-травматолога?

ОТВЕТ № 8

У ребенка отморожение ушных раковин I степени. Кроме того, эпителий кожи дополнительно травмирован снегом. Следует, прежде всего, быстро согреть ребенка, дать ему горячее питье. Местно обработать ушные раковины любым антисептиком для наружного применения (на водной основе), наложить стерильные повязки. Контрольный осмотр – на следующий день, так как вероятно развитие признаков отморожения II степени, вторичного инфицирования.

ВОПРОС № 9

При экспертной оценке страховой компанией истории болезни пациента М., 47 лет, находившегося на лечении в хирургическом отделении клинической больницы по поводу отморожения обеих стоп III степени, отмечено, что лучащим врачом операция (некротомия и частичная некрэктомия) выполнена необоснованно рано, на исходе 1-х суток стационарного лечения и на 3-и сутки после получения травмы. По мнению пациента, подавшего жалобу, это привело к увеличению продолжительности стационарного лечения.

Что можно возразить? Какие цели преследовал лечащий врач, выполняя операцию в данные сроки?

ОТВЕТ № 9

В хирургическом лечении отморожений применяют как позднюю (отсроченную) некрэктомия, спустя 15-30 дней, так и раннюю, на 1-3-и сутки. Последняя имеет своей целью снижение интоксикации, и применяется также при угрозе сепсиса и развитии гангрены. Таким образом, ранняя операция в данной ситуации, при соответствующем обосновании, имела

законные права.

ВОПРОС № 10

На еженедельном обходе в травматологическом отделении профессор обратил внимание на пациента, получившего электротравму. На II и V пальцах левой кисти – участки кожи, покрытые струпом, размером 3 x 3 см, очаги металлизации. Несмотря на проводимое лечение, чувствительность пальцев резко снижена; в последующем пациенту пришлось выполнить этапные некрэктомии.

Чем было обосновано повышенное внимание профессора к пациенту, имевшему столь незначительные внешние очаги поражения? Каковы гистологические признаки электроожога?

ОТВЕТ № 10

Отличительной чертой электроожогов является несоответствие кожных проявлений и обширных очагов некроза, находящихся порой под неповрежденным эпидермисом. Кроме того, имеются тяжелые нарушения нейротрофики тканей, что неблагоприятно сказывается на процессе регенерации тканей. Гистологически – симптом «медовых сот», «симптом жемчуга». Имеется также спиральное скручивание базальных слоев кожи, гомогенизация соединительной ткани, массивные тромбозы в сосудах зоны поражения электротоком.

ВОПРОС № 11

В хирургическое отделение доставлен больной 50 лет с ожогом пламенем. Кожа обеих верхних конечностей на всем протяжении циркулярно гиперемирована, покрыта пузырями с янтарно-желтого цвета жидкостью. На правом бедре по всей его поверхности циркулярно отмечается поражение в виде: обугливания эпидермиса, просматриваются тромбированные вены.

1. Сформулируйте диагноз: определите степень и площадь поражения.
2. Определите прогноз тяжести ожога.

ОТВЕТ № 11

1. Термический ожог кожи верхних конечностей II степени, правого бедра Шб-

- IV ст.
2. Прогноз тяжести ожога – относительно благоприятный.

Тема № 11. «Хроническая специфическая инфекция».
(10 вопросов)

ВОПРОС № 1

У больного жалобы на наличие инфильтрата размером 8 x 10 см на боковой поверхности шеи. Инфильтрат плотный, безболезненный при пальпации. Температура тела 36,8о.
Ваш диагноз? Какие заболевания необходимо исключить?

ОТВЕТ № 1

У больного следует предположить актиномикоз. Необходимо проведение дифференциальной диагностики с опухолью, туберкулезом шейных лимфоузлов.

ВОПРОС № 2

У больной 52 лет в области угла нижней челюсти инфильтрат 7 x 8 см с множественными свищами, из которых поступает жидкий гной без запаха с примесью мелких зернышек. Анамнез в течение 3 месяцев, заболевание началось с неприятных ощущений в челюстях, затем образовался и постепенно увеличивался инфильтрат, 2 дня назад больная отметила появление свищей.
Какое заболевание можно предположить? Какие лабораторные исследования можно выполнить для уточнения диагноза?

ОТВЕТ № 2

У больной вероятен актиномикоз. Необходимо микроскопическое исследование гноя, обнаружение друз гриба подтверждает диагноз.

ВОПРОС № 3

Больной обратился к врачу с жалобами на наличие плотного инфильтрата в правой подвздошной области, который постепенно увеличивался в размерах в течение последних 2-х месяцев. Перитонеальные симптомы отрицательны. У больного в анамнезе 16 лет назад аппендэктомия.
Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 3

Учитывая анамнестические данные, следует думать об актиномикозе слепой кишки.

ВОПРОС № 4

У ребенка 6 лет жалобы на повышение температуры тела до 37,6°, боли в области правого тазобедренного сустава при ходьбе, атрофию мышц правой нижней конечности. Отмечается сглаженность паховых и ягодичных складок. При выполнении R-логического исследования признаки разрушения головки бедра.
Какое заболевание следует предположить?

ОТВЕТ № 4

В первую очередь следует предположить туберкулезный коксит.

ВОПРОС № 5

Больной 54 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в спине.

При выполнении R-логического исследования выявлен компрессионный перелом 7 грудного позвонка. Травмы в анамнезе нет, 5 лет назад наблюдался у фтизиатра.
Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 5

У больного туберкулез позвоночника, осложненный переломом позвонка.

ВОПРОС № 6

У ребенка 3 лет при осмотре отмечено увеличение в объеме правого коленного сустава, контуры сустава сглажены, отмечены симптомы баллотирования надколенника, положительный симптом Александра. При R-логическом исследовании выявлен остеопороз костей в области коленного сустава, сужение суставной щели.
О каком заболевании следует думать?

ОТВЕТ № 6

В первую очередь следует предположить туберкулезный гонит.

ВОПРОС № 7

Больной В., 45 лет, переведен в отделение из медсанчасти с диагнозом «абсцесс нижней доли правого легкого». Антибактериальная терапия линкомицином, гентамицином в течение 10 дней оказалась неэффективна. При исследовании мокроты выявлены друзы актиномицета.
Ваш диагноз? Тактика лечения?

ОТВЕТ № 7

У больного актиномикоз легких. Показано назначение йодида калия, R-терапия. При безуспешности консервативной терапии – резекция легкого.

ВОПРОС № 8

В приемное отделение поступил больной с подозрением на левостороннюю ущемленную бедренную грыжу. При осмотре на передней поверхности левого бедра имеется безболезненный плотный инфильтрат 4 x 5 см. Кожа над ним не изменена. В анамнезе у больного туберкулез легких. Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ № 8

У больного вероятен туберкулезный натечный абсцесс левого бедра.

ВОПРОС № 9

Больной обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость. При осмотре в области левого предплечья выявлены несколько язв с гнойным отделяемым, некоторые из них покрыты струпом черного цвета. В анамнезе у больного работа на скотобойне. Ваш предположительный диагноз? Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза?

ОТВЕТ № 9

У больного кожная форма сибирской язвы. Для подтверждения диагноза необходимо бактериологическое исследование отделяемого из язв, обнаружение палочки сибирской язвы.

ВОПРОС № 10

У больной при осмотре выявлен конгломерат увеличенных шейных лимфатических узлов, пальпация его болезненна. Анамнез заболевания 2 месяца, узлы постепенно увеличивались. Температура тела 37,8о. Муж больной 6 месяцев назад наблюдался у фтизиатра.

Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ № 10

Туберкулез шейных лимфатических узлов.

Тема № 12. «Гнойный перитонит».
(5 вопросов)

ВОПРОС № 1

Больной К., 29 лет, поступил по экстренным показаниям в хирургическое отделение больницы в 23.00. Жалуется на боли постоянного характера по всему животу. Заболел двое суток назад, боли появились утром в первый день заболевания, а затем постепенно распространились на весь живот. Дважды была рвота. Стул в день заболевания самостоятельный, но в последние дни перестали отходить газы. Объективно: температура тела 38,2о. Кожные покровы лица несколько бледные. Тоны сердца приглушены, частота пульса 120 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, более выраженное в нижней половине живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах, несколько больше справа. Перистальтика не определяется.

Поставьте на основании клинических данных диагноз. Необходимы ли дополнительные исследования для уточнения диагноза? Показана ли операция, какой доступ Вы считаете нужным применить? Если Вы обнаружите у больного перитонит, то какие мероприятия Вы должны произвести?

ОТВЕТ № 1

Исходя из клинической картины заболевания, диагноз ясен: «перитонит». Необходимо определить лейкоцитарную формулу, взять кровь на основные биохимические показатели.

Произвести срединную лапаротомию Удалить или ликвидировать источник перитонита. Произвести санацию брюшной полости При наличии распространенного перитонита – наложить лапаростому. При выраженном парезе желудочно-кишечного тракта произвести декомпрессию кишечника. Операцию закончить введением дренажей.

ВОПРОС № 2

Больная Ж., 22 лет, направлена из приемного отделения в хирургическое с диагнозом «острый аппендицит, местный перитонит?». На основании каких клинических данных при обследовании больной и инструментальных методов исследования Вы должны решить вопрос об операции или продолжите обследование и наблюдение больной, исходя из следующих данных. Больную боли беспокоят в течение двух дней, заболевание началось с появления болей в правой пахово-подвздошной области и повышения температуры до 38,6°, беспокоят также боли в поясничном отделе позвоночника. Рвоты не было. При обследовании: живот мягкий, при пальпации определяется умеренная болезненность и небольшое напряжение мышц в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен.

Что Вы предпримете для уточнения диагноза? Необходимо ли привлечь консультантов для верификации диагноза? Какие исследования Вы сочтете нужными произвести больной?

ОТВЕТ № 2

На основании клинических данных диагноз следует дифференцировать между острым аппендицитом и воспалением придатков матки. Клиника местного перитонита нечеткая, заболевание началось с высокой температуры. Для уточнения диагноза следует произвести осмотр больной *per vaginam* (консультация гинеколога) и, в случае продолжающегося сомнения, произвести лапароскопию

ВОПРОС № 3

Больной Т., 31 года, доставлен в приемное отделение с диагнозом «перфоративная язва желудка, перитонит».

Какие дополнительные исследования Вы можете сделать, а в ряде случаев и необходимо обязательно сделать для уточнения диагноза? Ваши действия после установления диагноза?

ОТВЕТ № 3

Необходимо произвести анализ крови и мочи, больному показано произвести обзорную R-грамму органов брюшной полости (выявление «серпа» газа под куполом диафрагмы). В сомнительных случаях показано проведение

гастроскопии с повторным R-логическим исследованием. Необходима экстренная операция: срединная лапаротомия, дренирование брюшной полости.

ВОПРОС № 4

У больного З., 58 лет, при клиническом и инструментальном исследованиях (лапароскопии) поставлен диагноз «кишечная непроходимость, распространенный гнойный перитонит». На операции обнаружен участок тонкой кишки черного цвета.

Какова тактика и Ваши основные задачи и действия во время операции? Какова цель декомпрессии кишечника?

ОТВЕТ № 4

Гнойный перитонит является показанием к экстренной операции. Задачами хирургического лечения во время операции и на ее заключительном этапе являются: устранение источника перитонита (резекция гангренозного участка кишки); удаление гнойного экссудата и санация брюшной полости; дренирование брюшной полости для введения антибактериальных препаратов и удаления экссудата; выбор хирургического доступа – срединная лапаротомия; при выраженном парезе желудочно-кишечного тракта необходима декомпрессия кишечника, целью которой является удаление кишечного содержимого, предупреждение всасывания его через кишечную стенку и уменьшение нарушения кровообращения. Заключительный этап – дренирование брюшной полости.

ВОПРОС № 5

В больницу доставлен солдат 20 лет с выраженными болями в эпигастральной области, рвотой, температурой тела 37,3о. Через два часа после заболевания предварительный диагноз «перфоративная язва желудка, перитонит».

Опишите основные ведущие симптомы перитонита, которые наиболее характерны для реактивной фазы перитонита.

ОТВЕТ № 5

Основные ведущие симптомы перитонита следующие: болезненность при

пальпации живота, больше в эпигастрии и по ходу правого латерального канала; мышечное напряжение передней брюшной стенки; симптом Щеткина-Блюмберга; сухой обложенный язык; отсутствие дыхательных движений передней брюшной стенки; отсутствие перистальтики; задержка выделения газов; болезненность при пальпации прямой кишки; тахикардия; падение АД; повышение температуры тела, отставание ее от частоты пульса.

**Тема № 13. «Переливание крови. Методы переливания
крови, осложнения».**

Кровезаменители. Инфузионная терапия.

Принципы парентерального питания».

(10 вопросов)

ВОПРОС № 1

В хирургическое отделение поступил больной с жалобами на общую слабость, частый черный жидкий стул, был эпизод потери сознания. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахикардия до 110 ударов в 1 минуту. Врач поставил диагноз «желудочно-кишечное кровотечение». В целях восполнения кровопотери показано экстренное переливание крови.

Какой необходимый минимум лабораторных исследований (проб) следует произвести, без которых гемотрансфузия недопустима?

ОТВЕТ № 1

Для исключения возможных посттрансфузионных осложнений, вызываемых антигенной несовместимостью крови донора и реципиента, перед гемотрансфузией необходимо: а) определить группу крови донора и реципиента; б) определить резус-принадлежность донора и реципиента; в) провести пробу (по системе АВО) на групповую совместимость крови донора и реципиента; г) провести пробу на резус-совместимость крови донора и реципиента; д) провести биологическую пробу.

ВОПРОС № 2

При определении группы крови врач обнаружил появление агглютинации с цоликлонами А и В.

Какой вывод о групповой принадлежности крови может сделать врач? Нужны ли какие-либо дополнительные манипуляции для подтверждения этого вывода, если да, то с какой целью?

ОТВЕТ № 2

Группа крови больного АВ(IV). В каждую каплю, смешанную с цоликлоном, необходимо было добавить физиологический раствор с целью исключения реакции неспецифической гемагглютинации.

ВОПРОС № 3

Больной поступил в клинику по поводу рака прямой кишки. Больной обследован, планируется брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Предстоящая тяжелая операция связана со значительной кровопотерей.

Какой метод заготовки крови Вы можете предложить для последующего переливания этому больному и с какой целью?

ОТВЕТ № 3

Метод заготовки аутокрови с предоперационной гемодилуцией. Для предотвращения синдрома массивной гемодилуции.

ВОПРОС № 4

Дежурный хирург вызван в неврологическое отделение к больному 70 лет, находящемуся с основным диагнозом «геморрагический инсульт». У больного – клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. Уровень гемоглобина снизился со 130 г/л до 110 г/л. Может ли быть больному проведена гемотрансфузия? Перечислите основные абсолютные противопоказания к проведению гемотрансфузии.

ОТВЕТ № 4

Больному противопоказана гемотрансфузия. Противопоказания: декомпенсация сердечной деятельности, септический эндокардит, нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболическая болезнь, острый гломерулонефрит, отек легких, бронхиальная астма и др.

ВОПРОС № 5

В приемное отделение поступила больная 28 лет с клинической картиной профузного маточного кровотечения. Кровопотеря оценена в 25% ОЦК. Из анамнеза известно, что в возрасте 23 лет у женщины была первая беременность, закончившаяся нормальными родами. Rh-фактор ребенка положительный. Групповая принадлежность крови женщины АВ(IV), Rh-фактор отрицательный. В больнице имеется донорская кровь только АВ(IV) Rh+.

Можно ли переливать больной эту кровь?

ОТВЕТ № 5

Во время беременности Rh-положительным плодом произошла сенсибилизация организма женщины по резус-фактору. Переливание резус-положительной крови приведет к гемолизу.

ВОПРОС № 6

Больной К., 27 лет, доставлен с тупой травмой живота через 2 часа с момента травмы. Состояние крайне тяжелое. Пульс нитевидный, 120 в 1 минуту. АД 80/40 мм рт. ст. Произведена экстренная лапаротомия. В брюшной полости обнаружена жидкая кровь объемом около 2 литров. Кровь собрана в стерильную емкость, профильтрована через 8 слоев марли и для стабилизации добавлен гепарин. Установлен источник кровотечения – разрыв селезенки. Произведена спленэктомия. После проведения

окончательного гемостаза и ревизии брюшной полости повреждений полых органов не установлено.

Какой из методов гемотрансфузий наиболее оптимален для данного больного и почему? Назовите противопоказания к проведению данного метода гемотрансфузии.

ОТВЕТ № 6

Оптимальной является реинфузия крови. Основные противопоказания: повреждение полого органа, нахождение крови в брюшной полости более 24 часов.

ВОПРОС № 7

Больной Л., 30 лет, доставлен с ножевым проникающим ранением брюшной полости. Состояние больного очень тяжелое. Кожные покров бледные, холодные, покрыты холодным липким потом. Пульс слабого наполнения, 130 ударов в 1 минуту. АД 80/40 мм рт. ст. Больному установлен диагноз: «проникающее ранение брюшной полости, внутрибрюшное кровотечение». Выполнена экстренная лапаротомия. В брюшной полости около 2 литров крови. Кровь собрана в стерильную емкость, профильтрована через 8 слоев марли и для стабилизации добавлен гепарин. Установлен источник кровотечения – ранение печени. Во время ревизии органов брюшной полости обнаружено ранение стенки 12-перстной кишки.

Возможно ли проведение реинфузии крови? Ответ пояснить.

ОТВЕТ № 7

Повреждение полого органа является основным противопоказанием к проведению реинфузии крови.

ВОПРОС № 8

В отделение реанимации поступил больной с клинической картиной геморрагического шока. При обследовании обнаружено, что источником кровотечения явилась язва желудка. Кровотечение остановлено эндоскопическим путем. Объем кровопотери 35% ОЦК. За короткий промежуток времени больному перелито около 1 литра эритроцитарной массы, совместимой по группе и резусу и после проведения биологических проб. После этого у больного возникли тремор, судороги, учащение пульса,

аритмия, снизилось АД.

Какое осложнение возникло у больного? Что необходимо делать для предотвращения этого?

ОТВЕТ № 8

У больного – цитратная интоксикация. Для профилактики необходимо во время гемотрансфузии на каждые 500 мл консервированной крови вводить 5 мл 10% раствора хлорида кальция.

ВОПРОС № 9

Перед проведением гемотрансфузии врач определил группу крови реципиента и донора, групповую и резус-совместимость крови, однако, во время проведения биологической пробы, у больного появились боли за грудиной, озноб, боли в поясничной области, одышка, затруднение дыхания, снижение АД, гиперемия лица.

Что с больным? Ваши действия? Как проводится биологическая проба?

ОТВЕТ № 9

Данная реакция указывает на несовместимость крови донора и реципиента. Необходимо немедленное прекращение гемотрансфузии, введение десенсибилизирующих препаратов, проведение дезинтоксикационной терапии, согревание пациента

Биологическая проба проводится следующим образом: 15-20 мл крови вводят струйно и переливание останавливают на 3 минуты. Данная процедура проводится трижды.

ВОПРОС № 10

В хирургическое отделение поступил больной с жалобами на общую слабость, частый черный жидкий стул, был эпизод потери сознания. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, тахикардия до 110 ударов в 1 минуту. Врач поставил диагноз «желудочно-кишечное кровотечение». В целях восполнения кровопотери показано экстренное переливание крови. Больному перелито 280 мл одногруппной резус-совместимой эритроцитарной массы.

Как оформляется документация на проведенную гемотрансфузию?

ОТВЕТ № 10

Каждый случай гемотрансфузии фиксируется в истории болезни. Вначале записываются показания к гемотрансфузии, дата и время ее начала, затем метод – внутривенный, внутриартериальный, струйный и т.д., затем данные, указанные на этикетке флаконов (паспорт крови): группа, номер серии, дата заготовки, фамилия и инициалы донора. После этого заносятся результаты определения группы крови донора и реципиента, а также проведения проб на групповую и резус-совместимость, биологической пробы. В конце указывается состояние больного во время переливания и после него. Причем после переливания трижды через каждый час отмечаются температура тела, пульс и АД. Через сутки после гемотрансфузии необходимо сделать общий анализ крови (гемолиз) и исследовать мочу на белок, так как появление белка в моче является признаком переливания несовместимой крови.

Тема № 14. «Гнойный плеврит».
(5 вопросов)

ВОПРОС № 1

У больного 42 лет, страдающего пневмонией после ОРЗ, по поводу которого он не лечился, появились боли в правом боку, затрудненное дыхание, невозможность глубоко вздохнуть, одышка, повышение температуры тела до 38,6о. После осмотра в поликлинике он был госпитализирован в терапевтическое отделение городской больницы, где было произведено Р-логическое обследование, диагноз был подтвержден, назначены антибиотики и дезинтоксикационная терапия. Однако состояние больного не улучшилось, стала выделяться гнойная мокрота при кашле, появилась одышка, характер кашля изменился, он стал более мучительным. И боль, и одышка усиливались при лежании на больном боку, однако в этом положении уменьшалась одышка.

О каком заболевании подумает врач? Какие изменения он выявит у больного при физикальном обследовании больного? Какой метод инструментального исследования может подтвердить правильность Вашего диагноза? Какое заболевание развилось у больного и потребовало перевода в хирургическое отделение? Какое инструментальное исследование подтвердит правильность предварительно поставленного диагноза?

ОТВЕТ № 1

Физикальное исследование: при осмотре грудной клетки отмечается отставание больной стороны от здоровой. Может иметь место выбухание грудной клетки в задне-нижних отделах, при этом межреберные промежутки сглажены и при пальпации их часто определяется умеренная болезненность. Голосовое дрожание на стороне поражения, как правило, ослаблено. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука. Аускультация грудной клетки выявляет значительное ослабление или отсутствие дыхания. У больного – гнойный плеврит. Для уточнения диагноза необходимо произвести R-графию грудной клетки, больной должен быть госпитализирован в отделение гнойной легочной хирургии. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо произвести пункцию плевральной полости.

ВОПРОС № 2

Объясните, какова характеристика и причины возникновения линии Дамуазо, треугольников Гарланда и Раухфус-Грокко при экссудативном плеврите?

ОТВЕТ № 2

При перкуссии отмечается зона тупого звука, имеющая дугообразную верхнюю границу, верхняя точка которой располагается по задней подмышечной впадине. Это связано с тем, что при экссудативном плеврите выпот легче скапливается в области реберно-диафрагмального синуса. Считается, что если граница тупого звука проходит спереди по уровню IV ребра, то в плевральной полости скопилось 1000-1500 мл жидкости. Смещение границы тупого звука на одно ребро соответствует увеличению количества жидкости на 500 мл.

Треугольник Гарланда располагается на больной стороне выше уровня жидкости между линией Дамуазо и позвоночником, что соответствует поджатому экссудатом легкому. Треугольник Раухфус-Грокко проецируется на здоровой стороне, связан со смещением средостения в здоровую сторону. При R-логическом исследовании (рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки) обнаруживается скопление жидкости в плевральной полости. При объеме скопления жидкости более 400-500 мл определяется линия Дамуазо и два треугольника Гарланда и Раухфус-Грокко.

ВОПРОС № 3

R-логическое исследование грудной клетки крайне важно для уточнения диагноза. Понятно, что в начале заболевания жидкость скапливается в задне-нижних отделах плевральной полости – реберно-диафрагмальном синусе, по мере накопления экссудата возрастает затемнение легочного поля.

Что такое и чем характеризуется экссудативный плеврит, гидроторакс, пиопневмоторакс?

ОТВЕТ № 3

В отличие от экссудативного плеврита гидроторакс имеет горизонтальный уровень, при пиопневмотораксе над горизонтальным уровнем жидкости в плевральной полости отмечается слой свободного воздуха.

ВОПРОС № 4

К каким последствиям приводит прорыв абсцесса легкого, расположенного под плеврой?

ОТВЕТ № 4

Прорыву гноя предшествует сильный непрекращающийся кашель, который приводит к резкой боли, как «удар кинжалом». Развивается плевральный шок. Кожные покровы бледные, покрываются потом. Пульс частый, АД снижается. Характерно поверхностное дыхание, нарастает одышка, акроцианоз. Это связано с выраженной болевой реакцией плевры, сдавлением легкого гноем и воздухом, смещением средостения и нарушением деятельности сердца.

ВОПРОС № 5

У больной Н., 54 лет, поступившей в хирургическое отделение, развился гнойный плеврит.

Какие методы лечения этого тяжелого заболевания Вы знаете? Какова основная цель лечения? В каких случаях Вы примените закрытый или открытый метод лечения?

ОТВЕТ № 5

Основной целью лечения является ликвидация гнойного очага в плевре и расправление легкого. Это достигается соприкосновением париетального и висцерального листков плевры и их сращения. Следует стремиться к быстрой облитерации гнойной полости, что предупреждает развитие необратимых изменений в спавшемся легком и развитие шварт в воспаленной плевре, что предупреждает развитие остаточной полости. Обосновано применение закрытых методов лечения: лечебные пункции и дренирование плевральной полости через троакар, проведенный через прокол в межреберном промежутке.

Лечение гнойного плеврита: пункции плевральной полости, которые следует проводить ежедневно; активная аспирация гноя из плевральной полости через постоянный дренаж под контролем водоструйного или электрического отсоса (50-100 мм вод. ст.), в результате чего висцеральная и париетальная плевра склеиваются и гнойная полость ликвидируется. В ряде случаев используется дренаж по Бюлау.

Открытый метод – торакотомия: применяется для удаления густого гноя, фибрина, секвестров.

Тема № 15. «Гнойные заболевания пальцев и кисти». **(10 вопросов)**

ВОПРОС № 1

К врачу обратился больной К., 40 лет, у которого за 2 дня до обращения, во время столярных работ попала заноза под ногтевую пластинку III пальца левой кисти. Занозу удалил сам. На момент обращения жалобы на сильные «дергающие» боли под ногтем. Давление на ноготь усиливает боль. При осмотре под ногтевой пластинкой определяется скопление гноя продолговатой формы, достигающее практически ногтевой лунки.

Ваш диагноз? Хирургическая тактика? Консервативное лечение? Операция? Какая именно? Вид обезболивания? Необходимо ли провести профилактику столбняка?

ОТВЕТ № 1

Диагноз – подногтевой панариций III пальца левой кисти. Оперативное лечение – удаление всей ногтевой пластинки, так как гнойник распространяется практически до зоны роста ногтевой пластинки. Посев. Обезболивание – местная анестезия по Оберсту-Лукашевичу или внутривенный наркоз. Если ранее прививался, нет абсолютных противопоказаний, то необходимо сделать АС и ПСС по Безредко, если ранее не прививался от столбняка.

ВОПРОС № 2

Швея обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в ногтевой фаланге II пальца правой кисти. Ночь не спала. Из анамнеза заболевания известно, что накануне во время работы, уколола длинной иглой в области «подушечки» ногтевой фаланги II пальца правой кисти. При осмотре: на ладонной поверхности дистальной фаланги имеется выраженное напряжение и болезненность мягких тканей, локальная гипертермия и гиперемия, в месте укола имеется отслойка эпидермиса d-03 см со скоплением гноя под ним. Ваш диагноз? Тактика врача? Вид оперативного доступа? Как проверить, есть ли распространение процесса на соседнюю фалангу? Необходимо ли дренирование? Ведение больного в послеоперационном периоде?

ОТВЕТ № 2

Диагноз – подкожный панариций по типу «запонки». Лечение – оперативное: вскрытие гнойника одним или двумя (в зависимости от размеров гнойника) ладонно-боковыми разрезами в пределах ногтевой фаланги II пальца, не доходя 2-4 мм до суставной складки. Берется посев гноя, проводится ревизия полости гнойника, при этом необходимо проверить рану зондом и пальпацией средней фаланги для выявления возможного распространения процесса на соседнюю фалангу. Операция заканчивается дренированием раны.

В послеоперационном периоде местно выполняются перевязки, санация вскрытой полости. Дренаж оставляют на 2-4 дня до стихания процесса. Покой пальцу и кисти. Общее лечение – антибактериальная терапия при наличии у больной общей реакции.

ВОПРОС № 3

Больной Б., 35 лет, в течение недели лечился амбулаторно по поводу подкожного панариция средней фаланги III пальца левой кисти. В поликлинике в день обращения гнойник был вскрыт разрезом 0,5 см по ладонно-боковой поверхности средней фаланги, но существенного улучшения не наступало: палец увеличен в объеме, в слегка согнутом положении в межфаланговых суставах. При попытке разгибания пальца боли усиливаются, резкая боль по ходу сухожилия. Беспокоит общее недомогание, головная боль, температура тела 37,6о.

Диагноз? Причины прогрессирования процесса? План лечения больного?

ОТВЕТ № 3

Диагноз – гнойный тендовагинит III пальца левой кисти. Причина прогрессирования процесса: неадекватное лечение – маленький разрез, полость гнойника не дренировалась, возможно неправильная диагностика в момент первичного обращения. Не проводилась антибактериальная терапия. Лечение – повторная операция: делаются два продольных разреза по обеим ладонно-боковым поверхностям в пределах основной фаланги (причем предыдущий разрез продлевается) и один ладонный разрез у основания III пальца для вскрытия слепого мешка сухожильного влагалища в проекции 2 или 3 межпальцевого промежутка. Посев гноя из раны. Рана санится антисептиками, дренируется резиновыми выпускниками, которые проводят над сухожилиями, чтобы не повредить брешечки сухожилия. Кисть и палец иммобилизируют тыльной лонгетой для обеспечения покоя руке.

ВОПРОС № 4

У больного Ш. около 3-х недель тому назад была травма металлической стружкой в проекции проксимального межфалангового сустава по ладонной поверхности. Стружку удалили в медпункте на работе, ранку обработали 5% спиртовым раствором йода. Постепенно стали нарастать боли в этом суставе, палец приобрел веретенообразную форму, движения в суставе стали резко болезненные, а затем с патологической подвижностью в нем. Кожа над суставом гиперемирована.

Ваш диагноз? Стадия процесса? Вид специального обследования, которое помогло установить диагноз? Вид оперативной помощи? Послеоперационное ведение больного?

ОТВЕТ № 4

Диагноз – суставной панариций проксимального сустава III пальца правой кисти, вторая стадия, так как R-логически выявлена деструкция суставных поверхностей хрящей. Клинический диагноз подтвержден данными R-логического обследования. Лечение – операция: артротомия с резекцией суставных поверхностей и дренированием. Посев. В послеоперационном периоде покой. Гипсовая лонгета в функциональном положении III пальца, перевязки, санация раны. Местно: физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура, парентеральная антибиотикотерапия. Посев гноя (или кусочка некротизированных тканей) из раны.

ВОПРОС № 5

Больной С., 45 лет, во время ремонтных работ наколол глубоко гвоздем мягкие ткани ногтевой фаланги II пальца правой кисти. Лечился амбулаторно консервативно в течение 8 дней, местно применялось физиотерапевтическое лечение, мазевые повязки. За этого период появилось колбообразное утолщение ногтевой фаланги, напряжение мягких тканей, резкие боли самостоятельные и усиливающиеся при пальпации. Повысилась температура тела до 38,0, появились признаки интоксикации, озноб. R-логически на момент обращения в стационар имеется выраженный остеопороз ногтевой фаланги.

Ваш диагноз? Лечение? Необходимость введения АС и ПСС? Сроки R-контроля для возможной коррекции проводимого лечения?

ОТВЕТ № 5

Диагноз – костный панариций ногтевой фаланги II пальца правой кисти, R-логическая стадия остеопороза. Лечение в начальных стадиях – покой – палец и кисть должны быть иммобилизованы в функционально выгодном положении на все время лечения; антибактериальная терапия: внутримышечно и даже в вены кисти или артерии предплечья, в зависимости от тяжести состояния. R-контроль через 10-14 дней от начала заболевания.

Если консервативное лечение в течение 2-4 дней безуспешно, то показана операция в зависимости от имеющихся R-логических изменений в фаланге пальца: 1) вскрытие очага в мягких тканях, располагающегося обычно параоссально, с последующей некрэктомией мягких тканей или 2) вскрытие очага в мягких тканях с удалением костных секвестров при их наличии. Посев отделяемого из гнойной полости. Вопрос о резекции (ампутации)

пальца только при тотальной деструкции фаланги.

ВОПРОС № 6

Больная Д, 20 лет, обратилась к врачу с жалобами на отек, гиперемию всего околоногтевого валика IV пальца правой кисти, боли. Выделение гноя из-под ногтевого валика. Заболевание связывает с выполнением маникюра.

Ваш диагноз? Вид оперативного пособия (название операции)? Почему в данном случае нельзя ограничиться одним боковым разрезом? Какие осложнения могут быть при неадекватной операции, дренировании или при повреждении зоны роста ногтевой пластинки во время выполнения оперативного пособия?

ОТВЕТ № 6

Диагноз – паронихия IV пальца правой кисти. Необходима операция Каневела. Боковые разрезы делаются с обеих сторон, так как поражен весь околоногтевой валик. Посев. При неадекватном оперативном пособии, дренировании, возможен переход гнойного процесса на ногтевую фалангу. При повреждении зоны роста ногтевой пластинки может быть пожизненная деформация растущей ногтевой пластинки.

ВОПРОС № 7

При запущенном подкожном панариции основной фаланги IV пальца левой кисти появился напряженный отек, гиперемия кожи, резкая болезненность на ладонной поверхности кисти. Ладонь в положении легкого сгибания, попытка разогнуть ладонь и палец усиливает боль, имеется «рыхлый» отек на тыле кисти.

Какое осложнение возникло у больного? Тактика хирурга? Вид оптимального обезболивания? Оптимальное ведение послеоперационного периода в данном случае?

ОТВЕТ № 7

Диагноз – флегмона ладонного пространства (подапоневротическая). Тактика

– операция: вскрытие подкожного панариция основной фаланги IV пальца двумя ладонно-боковыми разрезами в пределах фаланги и вскрытие флегмоны подапоневротического пространства линейным разрезом в III или IV межпальцевом промежутке с обязательным рассечением апоневроза и ревизией позадисухожильной области. При необходимости – дополнительные разрезы (контапертуры) на ладони и/или на тыле кисти. При вскрытии гнойника берется посев гноя. После ревизии раны и выполнения необходимых разрезов, проведения гемостаза, рана санится антисептиками и дренируется. Накладывается асептическая повязка. Кисть иммобилизуется в функционально выгодном положении. В послеоперационном периоде – перевязки раны, дренажи промываются антисептиками и меняются по мере необходимости. Удаляются по стиханию гнойного процесса. Обязательно парентеральное введение антибиотиков, вплоть до регионарного внутриартериального введения.

ВОПРОС № 8

У больного в анамнезе заболевания колотая рана стеклом тыльной поверхности правой кисти дня за три до обращения к врачу. Ранее к врачу не обращался. Сам ранку не обработал. Отмечает появление значительного отека по тыльной поверхности правой кисти, гиперемию кожи в зоне отека, боли усиливаются при попытке сгибания пальцев. Ранка на тыле кисти под корочкой со скудным гнойным отделяемым. При пальпации припухлости определяется флюктуация.

Ваш диагноз? Лечение?

ОТВЕТ № 8

Диагноз – флегмона тыльной поверхности кисти. Лечение – операция: вскрытие и дренирование флегмоны тыльной поверхности правой кисти. Разрезы продольные, в межсухожильных пространствах, количество и длина определяются размерами гнойника, выявленными затеками. Посев, санация раны. Дренирование. Асептическая повязка. Кисть должна быть в функционально выгодном положении. В послеоперационном периоде – перевязки: санация раны и промывание дренажей. Местно физиотерапевтическое лечение. Обязательно назначение антибактериальной терапии, желательно по данным микробиологического исследования. Введение АС и ПСС по показаниям.

ВОПРОС № 9

Больная Р., 36 лет, обратилась в стационар с жалобами на сильные дергающие боли в I пальце правой кисти. Из анамнеза заболевания известно, что за три дня до обращения чистила картошку и поранила ножом кожу в области

мягких тканей ногтевой фаланги I пальца по ладонной поверхности. Три дня пыталась лечиться самостоятельно водочными компрессами без эффекта. При осмотре имеется гиперемия кожи I пальца, выраженный напряженный отек, распространяющиеся на область тенара в виде шарообразной припухлости и напряжения I-го меdpальцевого промежутка и внутреннюю поверхность нижней трети правого предплечья, усиливающиеся при пальпации или попытке движения I пальцем и сгибании кисти. Большой палец отведен, полусогнут в пястно-фаланговом сочленении. Имеются симптомы интоксикации: температура тела до 38,0, головная боль, общее недомогание.

Ваш диагноз? Лечение?

ОТВЕТ № 9

Диагноз – флегмона области тенара, флегмона Пироговского пространства. Развившийся гнойный процесс является осложнением подкожного панариция после случайного ранения I пальца.

Лечение – операция: вскрытие гнойника через центр флюктуации, параллельно проксимальной ладонной кожной борозде, 3-4 см. Помнить о запретной зоне, где проходит ветвь срединного нерва. При распространении процесса на тыл кисти – сквозной разрез в зоне I межпальцевого промежутка, позволяющий дренировать эту область. Взять посев. Рану санировать антисептиками. Дренировать. Асептическая повязка. В послеоперационном периоде перевязки. Санация раны, дренажей. Обязательно назначение антибиотиков парентерально, введение АС, ПСС при отсутствии противопоказаний.

ВОПРОС № 10

Больной В., 32 лет, преподаватель биологии, поступил в гнойное отделение с жалобами на сильные боли в V пальце левой кисти и прилегающем ульнарном отделе кисти. Ночью практически не спит из-за боли, температура 37,8, ухудшение общего самочувствия, головная боль. Со слов больного, за неделю до обращения много работал молотком, отверткой и гаечным ключом, собирал скворечники. Местно: имеются множественные мелкие ссадины в области ладонной поверхности основной фаланги V пальца и прилегающей части ладони на фоне выраженного напряженного отека, застойной гиперемии кожи, особенно области гипотенара; отек распространяется на тыл кисти в проекции V пястной кости. При пальпации определяется резкая болезненность, участок размягчения, ограничение движений, особенно отведение и приведение мизинца.

Ваш диагноз? План лечения больного?

ОТВЕТ № 10

Диагноз – флегмона области гипотенара левой кисти. Лечение оперативное:

вскрытие гнойника продольным разрезом по лучевому краю гипотенара. Посев, ревизия раны. При необходимости – некрэктомия. Наложение дополнительных разрезов (контрапертур), дренирование. В послеоперационном периоде: перевязки, санация раны и дренажей, которые удаляются при положительной динамике процесса. Назначение антибактериальных средств парентерально, желательна по данным микробиологического исследования.

Тема № 16. «Гангрены, некрозы, свищи, трофические язвы».
(10 вопросов)

ВОПРОС № 1

Больная М., 52 лет, предъявляет жалобы на ощущение тяжести в ногах при длительном стоянии, распирающие боли, появление отеков стоп и нижних отделов голеней к концу дня, которые полностью проходят в горизонтальном положении, острую боль в области внутренней поверхности правой лодыжки. Из анамнеза выяснено, что больная в течение 20 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. При осмотре отмечается выраженное расширение вен на правой и умеренное на левой нижней конечностях. Кожа в области медиальной лодыжки справа истончена, уплотнена, гиперпигментирована. Отмечается умеренный отек нижней трети голени и стопы справа. В центре гиперпигментации определяется ранка овальной формы, глубиной до 5 мм, диаметром до 1,5 см. Края плотные, синюшные, малоподвижные. Дно покрыто некротическими тканями, фибрином, отделяемое серозно-гнойное, скудное, пальпация малобезболезненная.

1. Установите правильный диагноз. 2. Какой метод лечения – хирургический или консервативный более патогенетически обоснован? 3. Предложите местное лечение.

ОТВЕТ № 1

1. У больной варикозное расширение вен нижних конечностей. Варикозно-трофическая язва правой голени. 2. Более патогенетически обоснован хирургический метод лечения (перевязка, удаление подкожных вен, перевязка коммуникантных вен, иссечение язвы, аутодермопластика). 3. Лечение: протеолитические ферменты, мазь с антибиотиками, вакуумирование, физиотерапевтическое лечение, перевязки с метилурацилом, пентоксилем, эластическое бинтование.

ВОПРОС № 2

Больная П., 47 лет, обратилась с жалобами на чувство распирания в левой нижней конечности, повышенную утомляемость, отек левой голени и стопы, полностью не купирующийся в горизонтальном положении, кожный зуд в нижней трети левой голени, покалывание и судороги в икроножной мышце. 3 года назад перенесла глубокий тромбоз левой нижней конечности. При осмотре левая стопа и голень отечны, пастозны, кожа в нижней трети левой голени истончена, сухая, темно-коричневой окраски. По внутренней поверхности, выше медиальной лодыжки определяется поверхностная рана округлой формы до 3 см, с плоскими краями, дно покрыто вялыми грануляциями, подкожная клетчатка уплотнена.

1. Поставьте правильный диагноз.
2. Какие инструментальные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Какое местное и общее лечение Вы назначите?

ОТВЕТ № 2

1. У больной посттромбофлебитический синдром.
2. Можно использовать пальцевые и жгутовые пробы, реографию, УЗ-доплерографию, флебографию, радиоизотопную флебографию, инфракрасную термографию.
3. Местное лечение – протеолитические ферменты, перевязки с антибиотиками (мазь) и антисептиками, вакуумирование, перевязки с метилурацилом и пентоксилем, эластическое бинтование, физиотерапевтическое лечение. Общее лечение – эскузан, витаминотерапия, полноценное питание, усиление анаболических процессов.

ВОПРОС № 3

Больной Т., 63 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на выраженные боли в икроножных мышцах и стопах при ходьбе, что заставляет больного останавливаться через 20 м, боли в правой стопе в покое, усиливающиеся по ночам, похолодание стоп. При осмотре: кожа нижних конечностей, особенно стоп сухая, бледная, ногти утолщены, ломкие, мышцы атрофичны, волосяной покров отсутствует, стопы прохладны на ощупь, особенно правая. Правая стопа с синюшными пятнами, отечна, цианотична. На подошвенной поверхности I пальца – резко болезненная

ранка округлой формы, диаметром 1 см, с плотными, неровными краями, покрытая некротическими массами темно-коричневого цвета, вялыми грануляциями. Отделяемое – скудное, серозно-геморрагическое, с неприятным гнилостным запахом. Пульсация на бедренных, подколенных артериях, артериях голени и стопы с обеих сторон не определяется.

1. Установите диагноз. 2. Перечислите специальные методы исследования. 3. Перечислите методы комплексного лечения.

ОТВЕТ № 3

1. У больного облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Хроническая артериальная недостаточность. Стадия 3 – декомпенсации. 2. Методы исследования: осциллография, реовазография, ультразвуковая доплерография, термометрия, ангиография, капилляроскопия, специальные пробы. 3. К методам комплексного исследования относятся: сосудорасширяющие средства, антикоагулянтная терапия, болеутоляющие препараты; местное лечение – перевязки, эндоваскулярная дилатация сосуда, восстановительные операции (протезирование, шунтирование), поясничная симпатэктомия, физиотерапевтическое лечение.

ВОПРОС № 4

Больной Б., 70 лет, доставлен в стационар с жалобами на интенсивную боль в левой голени и стопе, лишающую сна. Вынужден спать с опущенной ногой. Отмечает повышение температуры тела до 38, жар, озноб, сухость во рту, жажду, резкую слабость, недомогание, головную боль. Ухудшение состояния в течение 5 дней. До этого отмечал зябкость стоп, боли при ходьбе в стопах и икроножных мышцах через 20-50 м, периодическое появление язвочек на пальцах левой стопы. При осмотре состояние тяжелое, гипертермия, пульс 110 уд в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Пульсация на сосудах левой ноги отсутствует на всех уровнях, справа определяется резко ослабленная пульсация на бедренной артерии ниже паховой складки. Правая стопа прохладная, бледная. Левая стопа и голень до верхней трети бледные, мраморно-синеватые, отечные, холодные на ощупь, кожная чувствительность отсутствует, конечность увеличена в объеме. На стопе и нижней трети голени кожа цианотична, с темно-красными пятнами, пузырями с геморрагическим содержимым. При вскрытии их отмечаются ткани грязно-серого цвета со зловонным запахом.

1. Поставьте правильный диагноз. 2. Какой метод лечения – консервативный или хирургический показан в данном случае? 3. Если показан хирургический метод, то каковы объем и сроки операции?

ОТВЕТ № 4

1. У больного облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Стадия артериальной недостаточности 4 степени – гангренозная. Влажная гангрена левой стопы и голени. 2. Больному показано хирургическое лечение. 3. Необходима высокая ампутация на уровне средней или верхней трети левого бедра по неотложным показаниям, в течение нескольких часов после кратковременной подготовки.

ВОПРОС № 5

- Больной С., 75 лет, страдает ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, недостаточностью кровообращения. Поступил с болями в правой ноге, онемением правой стопы, невозможностью активных движений через 48 часов с начала заболевания. Заболел остро: внезапно появилась резкая, очень интенсивная боль в правой голени и стопе, онемение, похолодание, парестезии, ползание мурашек. Постепенно боль уменьшилась, преимущественно локализовалась в стопе и нижней трети голени, присоединилось нарушение движений и полное отсутствие чувствительности. При осмотре общее состояние средней тяжести, температура тела нормальная. На левой ноге пульсация артерий несколько ослаблена, определяется на всех уровнях. На правой нижней конечности пульсация отмечается только на бедренной и подколенной артериях, на голени и стопе отсутствует. Правая стопа и дистальные отделы голени холодные на ощупь, отечны, все виды чувствительности отсутствуют, активные движения невозможны, пассивные затруднены, выше отмечается пальпаторная болезненность. Кожа бледная, с пятнами синюшного цвета. Пальцы и большая часть стопы синюшно-черного цвета, высохшие, сморщенные, четко определяется демаркационная линия.
1. Установите диагноз. 2. Какое радикальное или паллиативное оперативное лечение показано больному? 3. Сроки операции?

ОТВЕТ № 5

1. У больного тромбоэмболия подколенной артерии. Стадия ишемии 3 – некротическая. Сухая гангрена правой стопы. 2. Показана паллиативная операция – ампутация на уровне средней трети голени. 3. Необходимо выждать до образования четкой демаркационной линии.

ВОПРОС № 6

Больной А., 35 лет, обратился в плановом порядке с жалобами на выделение кала в области послеоперационного рубца после аппендэктомии. Перенес операцию 1 месяц назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, аппендикулярного абсцесса. Ранний послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны на 5-е сутки. Края раны были разведены, проводились некрэктомии, удаление лигатур, промывание растворами антисептиков. На 7-й день появилось умеренное каловое отделяемое из раны. Постепенно под воздействием санаций рана зажила вторичным натяжением, но сохранился узкий ход с периодическим необильным каловым отделяемым. При осмотре в правой подвздошной области свежий послеоперационный рубец. В центре имеется ранка диаметром 5 мм с втянутыми краями, грануляциями, каловым отделяемым.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы диагностики Вы используете? 3. Лечение?

ОТВЕТ № 6

1. У больного наружный, патологический, приобретенный, толстокишечный (слепая кишка) каловый свищ. 2. Необходимы дополнительные методы диагностики: зондирование, фистулография, ирригоскопия, колоноскопия. 3. Следует проводить консервативное лечение: санацию и лечение раны, перевязки с мазями, защиту кожи пастой Лассара, клеем, пленкой, удаление лигатур.

ВОПРОС № 7

Больной К., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на появление ранки в области послеоперационного рубца с гнойным отделяемым. 2 месяца назад перенес срединную лапаротомию, ушивание перфоративной язвы луковицы 12-перстной кишки. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии, рана зажила первичным натяжением. 7 дней назад появилось болезненное уплотнение в области послеоперационного рубца, повышение температуры тела до 38°, покраснение и припухлость кожи. 2 дня назад в центре припухлости образовалась рана диаметром 8 мм с гнойным отделяемым. После этого боли уменьшились, температура тела нормализовалась. При осмотре в верхней трети послеоперационного рубца имеется рана диаметром 5-8 мм с серозно-гнойным отделяемым, вокруг в мягких тканях определяется болезненный инфильтрат, кожа отечна, гиперемирована. При ревизии – раневой канал длиной 1,5 см, заканчивающийся в мягких тканях, на дне определяется лавсановая лигатура.

1. Ваш диагноз? 2. Дополнительные методы исследования? Лечение?

ОТВЕТ № 7

1. У больного гнойный наружный гранулирующий лигатурный свищ послеоперационной раны. 2. Дополнительными методами исследования должны быть фистулография, гастроскопия, R-скопия желудка, внутрь дают принять метиленовый синий. 3. Лечение: санация растворами антисептиков, удаление лигатуры, иссечение свища.

ВОПРОС № 8

Больная Н., 75 лет, поступила с клинической острой толстокишечной обтурационной непроходимостью. После сифонной клизмы выполнена колоноскопия, при которой обнаружена стенозирующая опухоль средней трети сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. После кратковременной подготовки больная оперирована по экстренным показаниям. После лапаротомии и ревизии брюшной полости обнаружена опухоль 6 x 5 см в средней трети сигмы. Отдаленных метастазов не выявлено. Кишечная непроходимость не позволяет выполнить операцию с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта.

1. Какие операции Вы можете выполнить? 2. Какие свищи Вы наложите в конце операции? 3. Какой метод лечения потребуется для закрытия свища?

ОТВЕТ № 8

1. Можно выполнить резекцию сигмовидной кишки с опухолью в пределах здоровых тканей с выведением концевой колостомы, наложение двухствольной колостомы. 2. Необходимо наложить наружные, губовидные, искусственные свищи. 3. Потребуется оперативное лечение – иссечение свища, ушивание отверстия в органе, резекция органа.

ВОПРОС № 9

Больной Д., 70 лет, поступил с жалобами на боли за грудиной и в эпигастральной области, непроходимость твердой и жидкой пищи, похудание. После обследования обнаружена распространенная опухоль нижней трети пищевода, переходящая на желудок. Случай признан

неоперабельным. Больной направлен в общехирургический стационар.

1. Какую паллиативную операцию Вы можете выполнить этому больному для продления жизни и уменьшения страданий? 2. Какой вид свища Вы используете? 3. Может ли свищ быть закрыт?

ОТВЕТ № 9

1. Можно наложить гастростому – введение трубки (катетера Петцера) в желудок для кормления больного. 2. Вид свища – наружный, губовидный, искусственный. 3. Свищ не может быть закрыт, так как радикальная операция невозможна и свищ является постоянным.

ВОПРОС № 10

Больной Р., 78 лет, перенес острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу 14 дней назад с развитием правостороннего гемипареза, афазии, с нарушением функции тазовых органов, что сопровождается недержанием мочи и кала. Неподвижен, самостоятельные движения невозможны, вынужденное положение на спине. Последние 3 дня родственники обратили внимание на ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, сухость языка, беспокойство, тахикардию, потливость, ухудшение аппетита, при поворачивании больного отмечали бледность и цианоз кожи в области крестца. Осмотрен хирургом на боку. В области крестца кожа цианотична на участке 7 x 5 см с темно-багровыми пятнами. Мягкие ткани отечны, отмечается отслойка эпидермиса, мацерация, появление пузырей с красно-бурым содержимым, красноватых и фиолетовых ранок. При пальпации определяется болезненность окружающих тканей и флюктуация.

1. Ваш диагноз? 2. Лечебная тактика? 3. Профилактика этого осложнения у тяжелых больных?

ОТВЕТ № 10

1. У больного пролежень крестцовой области. 2. Лечебная тактика включает в себя этапную некрэктомию, применение методов антисептики, ускорение репаративных процессов, лечение сепсиса, терапию основного заболевания. 3. Профилактика включает в себя уход за больным: поворачивание в постели, подкладывание воздушных кругов, устранение складок на белье, обработка кожи 2 раза в день камфорным спиртом, туалетной водой, тальком, тщательный туалет больных, поддержание сухости кожи и постели.

**кровотечения. Методы постоянной остановки
кровотечения».
(11 вопросов)**

ВОПРОС № 1

В приемное отделение вечером доставлен мужчина 35 лет с жалобами на резкую общую слабость, головокружение, тошноту, периодическую рвоту содержимым типа «кофейной гущи». Из анамнеза известно, что около 5 лет пациент отмечает периодические тянущие «голодные» боли в эпигастрии. Накануне отметил усиление болей той же локализации. Утром боли в животе уменьшились, однако появилась слабость и тошнота. Во время дефекации отмечались выделение большого количества дегтеобразного кала, коллаптоидное состояние. В течение дня тошнота усилилась, отмечалась троекратная рвота содержимым типа кофейной гущи, был повторный дегтеобразный стул с примесью темной крови. На улице у больного развилось коллаптоидное состояние. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение. Объективно: состояние тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, холодные на ощупь, частота дыханий 31 в 1 минуту, пульс 110 в 1 минуту, АД 110/60 мм рт. ст., язык сухой, живот мягкий и безболезненный во всех отделах, перистальтика выслушивается, диурез снижен, *per rectum* – ампула заполнена дегтеобразным калом с неприятным запахом.

1. Ваш предположительный диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.
2. Пациент должен быть госпитализирован в терапевтическое отделение, хирургическое отделение, отделение интенсивной терапии, или выписан под амбулаторное наблюдение?
3. Перечислите основные диагностические и лечебные мероприятия для данного пациента.

ОТВЕТ № 1

1. У больного кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, очевидно – гастродуоденальное язвенное кровотечение. Синдром острой массивной кровопотери. Геморрагический шок 2 ст.
2. Необходима экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии.
3. Диагностические мероприятия: исследование красной крови, КЩС; экстренная ЭГДС. Лечебные мероприятия: временная остановка кровотечения при ЭГДС, внутривенные инфузии коллоидов, кристаллоидов, ПСЗ; введение гемостатиков системного действия, медикаментозное ингибирование желудочной секреции. При нестабильном гемостазе – оперативное лечение.

ВОПРОС № 2

В клинике находится больной 50 лет с диагнозом «ушибленная рана средней трети левого плеча с повреждением плечевой артерии». Пациенту непосредственно после госпитализации была произведена первичная хирургическая обработка раны с лигированием поврежденной артерии и наложением первичных швов. На 4-е сутки послеоперационного периода у больного отмечается появление распирающих болей в ране, гиперемии и отека в средней трети левого плеча, повышение температуры тела до 38°. Сняты швы с раны, удален гнойный экссудат, в полость раны установлены тампоны с антисептиками. В этот же день отмечено внезапное обильное пропитывание повязки в области раны алой кровью.

1. Ваш предположительный диагноз с учетом известной Вам классификации?
2. Укажите последовательность лечебных мероприятий у данного больного.

ОТВЕТ № 2

1. У больного вторичное позднее артериальное кровотечение из раны средней трети левого плеча в 1 фазе раневого процесса.
2. Последовательность лечебных мероприятий: наложение турникета на внутреннюю треть левого плеча, экстренная ревизия раны, выделение и лигирование на протяжении артериального сосуда – источника кровотечения.

ВОПРОС № 3

Непосредственно после прекращения минометного обстрела санинструктор роты был вызван к военнослужащему с минно-взрывным ранением правой нижней конечности и травматической ампутацией правой голени на уровне средней трети. При первичном осмотре санинструктором выявлены: возбуждение и эйфоричность пострадавшего, бледность кожных покровов, частый нитевидный пульс (130 ударов в 1 минуту, гипотония (80/ 40 мм рт. ст.), выделение алой крови пульсирующей струей из культи правой голени.

1. Ваш предположительный диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.
2. Укажите основные действия санинструктора роты.
3. Укажите основные лечебные мероприятия в процессе эвакуации пострадавшего и при доставке в госпиталь.

ОТВЕТ № 3

1. У пострадавшего огнестрельное взрывное ранение правой голени с ее полной травматической ампутацией на уровне средней трети и пересечением сосудисто-нервного пучка. Продолжающееся кровотечение из артерий культы правой голени. Синдром острой массивной кровопотери. Шок смешанного (геморрагический, травматический) генеза.
2. Основные действия: пальцевое прижатие бедренной артерии, наложение турникета на верхней трети правой голени, введение анальгетиков, венепункция, начало внутривенной инфузии коллоидов с глюкокортикоидами, наложение асептической повязки на культю правой голени, иммобилизация правой нижней конечности. Эвакуация.
3. Основные лечебные мероприятия: продолжение внутривенной инфузии коллоидов и кристаллоидов, обезболивание. Каждый 1,5 часа – ослабление жгута на 5 минут.

ВОПРОС № 4

Через 8 часов после операции резекции желудка, завершившейся дренированием брюшной полости, дежурный врач-реаниматолог отметил на мониторе внезапное учащение частоты пульса до 120 в 1 минуту с падением АД до 80/40 мм рт. ст. При осмотре больного обращали внимание вялость, адинамия, бледность кожных покровов. По дренажу из брюшной полости в течение 10 минут выделилось до 800 мл алой крови.

1. Ваш предположительный диагноз с учетом известной Вам классификации? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.
2. Укажите последовательность основных лечебных мероприятий в отношении данного больного.

ОТВЕТ № 4

1. У больного вторичное раннее послеоперационное внутрибрюшное кровотечение. Синдром острой массивной кровопотери, геморрагический шок 2 ст.
2. Последовательность действий: экстренная релапаротомия, ревизия брюшной полости с установлением источника кровотечения, лигирование сосуда с прошиванием.

ВОПРОС № 5

При экстренной лапаротомии по поводу колото-резаного проникающего ранения передней брюшной стенки выявлена рана правой доли печени 10 x 5 см с обильным истечением из нее темной крови.

1. Используя известные Вам из курса анатомии особенности кровоснабжения печени, укажите способ временной остановки кровотечения в данном случае.
2. Укажите возможные способы окончательного гемостаза в данной ситуации.

ОТВЕТ № 5

1. Способом временной остановки кровотечения в данном случае является пальцевое пережатие гепатодуоденальной связки (наложение на связку турникета).
2. Способом окончательного гемостаза в данной ситуации является ушивание ранения паренхимы печени гемостатическими швами.

ВОПРОС № 6

Во время операции по поводу опухоли головки поджелудочной железы при мобилизации головки произошел гемциркулярный отрыв стенки нижней полой вены на протяжении 1,5 см с развитием массивного кровотечения. Место ранения сосуда хирург прижал пальцем.

1. Укажите возможные способы достижения окончательного гемостаза в данном случае.
2. Что зафиксировал врач-анестезиолог на мониторе непосредственно после ранения сосуда? Укажите основные действия врача-анестезиолога, направленные на коррекцию выявленных нарушений гомеостаза.

ОТВЕТ № 6

1. Способом достижения окончательного гемостаза является наложение сосудистого шва, протезирование участка стенки или сегмента вены сосудистым протезом.
2. Врач-анестезиолог зафиксировал на мониторе падение АД, выраженную тахикардию. Начата струйная инфузия коллоидов, болюсно введены глюкокортикоиды.

ВОПРОС № 7

В приемное отделение доставлен пострадавший при ДТП мужчина 40 лет, находившийся непристегнутым ремнями безопасности за рулем легкового автомобиля. Со слов больного, при столкновении автомобиля с препятствием он получил сильный удар рулевым колесом в живот. В момент осмотра больной предъявлял жалобы на некоторую слабость, «мушки перед глазами», незначительные боли внизу живота. При осмотре больного дежурным хирургом повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено, отмечается умеренная бледность кожных покровов, частота пульса 105 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст., живот не вздут, участвует в дыхании, чуть напряжен в мезо- и гипогастрии, там же умеренно болезнен. В мезогастрии – гематома 10 x 4 см. Больной, ссылаясь на срочные дела и удовлетворительное самочувствие, намерен покинуть больницу.

1. Ваш предположительный диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия целесообразны в отношении данного больного?
3. Укажите основные направления лечебных мероприятий в отношении данного больного.

ОТВЕТ № 7

1. У больного тупая травма живота. Внутрибрюшное кровотечение?
2. Целесообразны следующие дополнительные диагностические мероприятия: анализ красной крови, КЩС, УЗИ брюшной полости, диагностический лаваж брюшной полости, лапароскопия.
3. Лечебные мероприятия: экстренная госпитализация, начало внутривенной инфузии коллоидов и кристаллоидов, инструментальные исследования.

ВОПРОС № 8

У больного с гемангиомой VI и VIII сегментов печени предполагается выполнение правосторонней гемигепатэктомии.

1. С какими видами кровотечения может столкнуться хирург по ходу оперативного вмешательства?
2. Используя известные Вам из курса анатомии особенности кровоснабжения печени, укажите способ временной остановки кровотечения в данном случае.
3. Какие методы окончательного гемостаза возможны при данной операции?

ОТВЕТ № 8

1. Хирург может столкнуться с артериальным, венозным и паренхиматозным кровотечением.
2. Способом временной остановки кровотечения в данном случае является пальцевое пережатие гепатодуоденальной связки (наложение на связку турникета).
3. Возможны следующие методы окончательного гемостаза: лигирование крупных артерий и вен, наложение гемостатических швов, электро-, термо-, крио-, УЗ-лазерокоагуляция паренхимы печени, тампонирование раны гемостатической губкой, сальником.

ВОПРОС № 9

Бригада скорой помощи вызвана сотрудниками милиции, обнаружившими в квартире молодую женщину без сознания с множественными резаными ранами передних поверхностей обоих предплечий. При осмотре: сознание отсутствует, выраженная бледность кожных покровов, частота пульса 130 ударов в 1 минуту, пульс определяется только на аа. caroticae, АД 60/20 мм рт. ст., из множественных поперечных резаных ран передней поверхности обоих предплечий скудно поступает темная кровь. На полу, рядом с пострадавшей, обильное скопление темной крови.

1. Ваш диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного состояния.
2. Основные лечебные мероприятия на догоспитальном и госпитальном этапах.

ОТВЕТ № 9

1. У больной множественные резаные раны обеих предплечий с ранением подкожных вен. Синдром острой массивной кровопотери.
2. Основные лечебные мероприятия: наложение давящих повязок на оба предплечья, обезболивание, начало инфузионной терапии коллоидами, введение глюкокортикоидов.

ВОПРОС № 10

Вы – единственный медик в туристическом отряде, проходящему по летнему маршруту и находящемуся на значительном отдалении от населенных пунктов. Ваш товарищ, оступившись, упал с высоты на вытянутую руку. При осмотре пострадавшего Вы обнаружили рану в средней трети предплечья с обильным поступлением алой крови из нее.

1. Ваши основные действия на месте происшествия?
2. Ваши действия при транспортировке пострадавшего в населенный пункт?

ОТВЕТ № 10

1. Основными действиями на месте происшествия являются: пальцевое прижатие плечевой артерии, наложение турникета на верхнюю треть предплечья, введение анальгетиков, наложение асептической повязки на культю правой голени, иммобилизация верхней конечности. Транспортировка в медицинское учреждение.
2. При транспортировке пострадавшего необходимо провести обезболивание. Каждые 1,5 часа – необходимо ослаблять жгут на 5 минут.

ВОПРОС № 11

В хирургическое отделение поступил больной с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением. Дефицит ОЦК 40%. Показано экстренное переливание крови, решается вопрос об операции. Согласно паспортным данным, группа крови больного В(Ш), Rh отрицательный.

1. Определите последовательно свои действия по проведению проб, без которых гемотрансфузия недопустима.
2. В каких случаях обязательно производится проба на Rh-совместимость?
3. Какой инструментальный метод диагностики Вы выберете в целях уточнения диагноза?

ОТВЕТ № 11

1. Врач перед гемотрансфузией обязан произвести: а) определить группу крови донора и реципиента; б) определить резус-принадлежность крови донора и реципиента; в) провести пробу по системе АВО на групповую совместимость; г) произвести биологическую пробу.
2. Определение совместимости крови по Rh-фактору проводят в случае неблагоприятного трансфузиологического анамнеза, при невозможности определить Rh-фактор крови реципиента, в случае вынужденной трансфузии резус-положительной крови больному с неизвестной принадлежностью.
3. Для уточнения диагноза Вы выберете эндоскопический метод исследования – гастродуоденоскопию.

Тема № 18. «Острая и хроническая артериальная недостаточность». **(6 вопросов)**

ВОПРОС № 1

У больной 50 лет на 6-е сутки после операции по поводу варикозной болезни

нижних конечностей внезапно появились боли за грудиной, одышка, цианоз лица и верхней части грудной клетки.
Ваш диагноз и действия?

ОТВЕТ № 1

У больной тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии с выраженной дыхательной недостаточностью. Необходим полный покой, лечение антикоагулянтами под контролем свертывающей системы крови.

ВОПРОС № 2

После операции на желудке у больного 58 лет на 4-е сутки возникли резкие боли в правой нижней конечности, похолодание конечности, при пальпации отсутствует пульсация на подколенной артерии при сохраненной пульсации на бедренной артерии, снижение болевой чувствительности ниже коленного сустава.
Ваш диагноз и действия?

ОТВЕТ № 2

У больного тромбоэмболия бедренной артерии. Необходима срочная операция – удаление тромбоза и лечение антикоагулянтами. В поздние сроки - антикоагулянты и лечение, направленное на развитие коллатерального кровообращения.

ВОПРОС № 3

Больная 62 лет, госпитализированная по поводу венозной недостаточности с образованием трофической язвы и хроническим тромбофлебитом, во время утреннего туалета потеряла сознание и упала. Дыхание отсутствует, пульс и АД не определяются.
Ваш диагноз и мероприятия?

ОТВЕТ № 3

У больной тромбоэмболия бифуркации легочной артерии – клиническая смерть. Необходимы реанимационные мероприятия.

ВОПРОС № 4

Мужчина 76 лет обратился к Вам с жалобами на постоянные боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при ходьбе, изменение цвета 1 пальца правой стопы.

Ваш диагноз и действия?

ОТВЕТ № 4

У больного облитерирующий атеросклероз с преимущественным поражением сосудов нижних конечностей и начинающейся гангреной 1 пальца правой стопы. Необходима сосудорасширяющая и реологическая терапия. При развитии гангрены – некрэктомия или ампутация конечности.

ВОПРОС № 5

У больного 30 лет при физической нагрузке на нижние конечности (беге) появляются резкие боли в икроножной мышце слева, которые проходят самостоятельно в покое. В последние 2-3 года отмечает, что в холодное время года у него мерзнут ноги.

Ваш диагноз и действия?

ОТВЕТ № 5

У больного облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Показана сосудорасширяющая терапия и лечение, направленное на развитие коллатерального кровообращения.

ВОПРОС № 6

У больной 20 лет после эмоциональной нагрузки бледнеют и холодеют пальцы кистей, при этом возникают боли. Подобные явления возникают и при переохлаждении. Боли и побледнение пальцев проходят самостоятельно через несколько минут.

Ваш диагноз и действия?

ОТВЕТ № 6

У больной I фаза болезни Рейно. Специального лечения не требуется, можно провести сосудорасширяющую терапию и симптоматическое лечение.

Тема № 19. «Основы обезболивания. Основы реанимации». **(10 вопросов)**

ВОПРОС № 1

Больному, страдающему бронхиальной астмой в течение 10 лет, предстоит операция – резекция желудка.

Какие из перечисленных препаратов следует включить в план предоперационной подготовки: антигистаминные препараты, фентанил, глюкокортикоиды, прозерин, эуфиллин?

ОТВЕТ № 1

В план предоперационной подготовки больного следует включить антигистаминные препараты, глюкокортикоиды и эуфиллин.

ВОПРОС № 2

Какой из перечисленных анестетиков показан для вводного наркоза при экстренной операции у больного со значительной кровопотерей и сниженным АД: гексенал, тиопентал натрия, кетамин, фторотан, закись азота?

ОТВЕТ № 2

Для вводного наркоза при экстренной операции больному показан кетамин.

ВОПРОС № 3

Одной из разновидностей комбинированной анестезии является нейролептанальгезия – НЛА. Выберите правильную комбинацию препаратов для НЛА: а) седуксен + фентанил; б) фентанил + дроперидол; в) дроперидол + кетамин; 4) фентанил + закись азота; 5) седуксен + гексенал.

ОТВЕТ № 3

Для проведения нейролептанальгезии правильной является комбинация «фентанил + дроперидол».

ВОПРОС № 4

При достижении какого уровня хирургической стадии наркоза создаются оптимальные условия для выполнения операций на органах брюшной полости? Выберите правильный ответ:

А – I (2); Б – Ш (3); В – Ш (1 – 2) ?

ОТВЕТ № 4

Правильный ответ: В – Ш (1-2).

ВОПРОС № 5

У ослабленного больного 70 лет, после операции – холецистэктомии, отмечается гиповентиляция легких, цианоз, мышечная релаксация после применения во время анестезии недеполяризующих релаксантов (явления остаточной кураризации). С помощью каких из перечисленных препаратов устраняются эти явления: строфантин, седкусен, промедол, прозерин, фентанил?

ОТВЕТ № 5

Подобные осложнения после наркоза следует устранить при помощи прозерина.

ВОПРОС № 6

У больного Д. 50 лет, констатирована остановка сердечной деятельности. С каких действий, по Вашему мнению, следует начинать реанимационные мероприятия: а) придание больному положения Тренделенбурга; б) проведение закрытого массажа сердца; в) проведение дыхания «рот ко рту», г) механической дефибрилляции; д) обеспечение проходимости дыхательных путей.

ОТВЕТ № 6

Реанимационные мероприятия больному следует начинать с обеспечения проходимости дыхательных путей.

ВОПРОС № 7

При проведении сердечно-легочной реанимации одним реаниматологом рекомендуется следующее соотношение частоты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и компрессии грудной клетки (КГК):

И В Л		К Г К
1	:	5
2	:	15
3	:	15
2	:	5
1	:	10

ОТВЕТ № 7

Правильным соотношением ИВЛ и КГК является 2 : 15.

ВОПРОС № 8

Что, по Вашему, свидетельствует об эффективности сердечно-легочной реанимации: сужение зрачков, появление пульса на сонной артерии, сухие склеры, повышение регидности мышц или появление отдельных дыхательных движений?

ОТВЕТ № 8

Об эффективности сердечно-легочной реанимации свидетельствуют: сужение зрачков, появление пульса на сонной артерии и появление отдельных

дыхательных движений.

ВОПРОС № 9

Какие из следующих осложнений, на Ваш взгляд, наиболее часто возникают у больных при проведении закрытого массажа сердца: повреждение печени; фибрилляция желудочков сердца; перелом ребер; пневмоторакс или повреждение сердца?

ОТВЕТ № 9

Наиболее часто при проведении закрытого массажа сердца у больных возникает перелом ребер.

ВОПРОС № 10

Назовите пути введения лекарственных средств в процессе проведения реанимации: подкожный, внутримышечный, внутривенный, в мышцу сердца, в полость сердца, внутритрахеальный.

ОТВЕТ № 10

Основными путями введения лекарственных средств являются следующие: внутривенный, в полость сердца и внутритрахеальный.

Эталон ответов на ситуационные задачи.

1. Ваш «рабочий» или клинический диагноз?
2. На основании каких клинических симптомов и других данных имеющихся в задаче Вы поставили этот диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие методы обследования (лабораторные, инструментальные) Вы назначите больному. Какие цели Вы этим назначением преследуете?
5. Ожидаемые результаты обследования для Вашего клинического диагноза.
6. Методы лечения данной патологии.

Больной 36 лет с невправимой паховой грыжей в течение 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39°C с ознобами. Объективно – состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована.

1. Ущемленная паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка
2. Клинико-anamnestическая картина
3. Абсцедирующий паховый лимфаденит
4. Цель: верификация диагноза. Обследование: общий и биохимический анализы крови, рентгеноскопия брюшной полости, МСКТ брюшной полости при необходимости
5. подтверждение рабочего диагноза
6. оперативное, тактика и объем операции зависят от диагноза

Больной 43 лет жалуется на безболезненное выделение алой крови из заднего прохода сразу после акта дефекации. Анамнез в течение 2 лет. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Гемоглобин – 80 г/л.

1. хронический геморрой
2. клиническая картина, возраст
3. рак прямой кишки
4. пальцевое ректальное исследование, колоноскопия, биохимия крови. Верификация диагноза.
5. подтверждение рабочего диагноза
6. оперативное, объем зависит от диагноза

У больной 33 лет при профилактическом ультразвуковом обследовании выявлено узловое образование правой доли щитовидной железы размерами 1,2 x 1 см. Контуры узла нечеткие, структура гипоэхогенная, неоднородная. При пальпации образование плотное, безболезненное, лимфоузлы на шее не пальпируются. Клинически эутиреоз. Эндокринолог назначил L-тироксин в супрессорной дозе. При повторном УЗИ, выполненном через 1,5 месяца обнаружено увеличение размеров узла на 0,5 см. Выполнена биопсия узла, заключение патоморфолога – Бетезда 5.

1. Рак щитовидной железы
2. Плотный узел, быстрый рост, результат УЗИ и ТАБ
3. Лимфаденит, аденома ЩЖ
4. КТ органов шеи для диагностики распространения опухоли и изменений в л/у
5. Отсутствие распространения опухоли за пределы доли щит железы и отсутствие mts в л/у
6. Хирургическое лечение - гемитиреоидэктомия

Больной С. 35 лет поступил в клинику с жалобами на ноющие распирающие боли в левой голени, отек стопы и голени до уровня коленного сустава. Давность заболевания 2 суток. При осмотре - кожные покровы обычной окраски, температура нормальная. Местно: кожные покровы голени умеренно цианотичны, напряжены, отек левой стопы и голени (у лодыжки +1,5 см, в в/3 голени +3 см), пальпация икроножных мышц резко болезненна, симптомы Мозеса, Хоманса положительные слева. Патологических образований на голени не выявлено. Пульсация периферических артерий на всех уровнях удовлетворительная.

1. Острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности
2. Клиническая картина (характерные боли, односторонний отек)
3. Дифференциальный диагноз с солеус-синдромом, возможно, с артритом крупных суставов
4. УЗАС вен н/к, коагулограмма
5. При УЗАС - наличие тромбоза, локализация и уровень – предположительно до уровня ПкВ, характер тромбоза
6. Эластическая компрессия 3 к.кл, антикоагулянтная терапия

27-летний мужчина в течение года страдает хроническим кашлем. Весной и осенью этого года перенес воспаление легких, которое было быстро вылечено соответствующей терапией. Объективно: гемоптоз - прожилки крови, по утрам неприятный запах изо рта, трехслойная мокрота. Слева в проекции нижней доли влажные, незвучные крупно- и среднепузырчатые хрипы. Температура 37,2°. Умеренный цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек.

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Хроническое течение с обострениями, качество и количество мокроты, данные физикального обследования, субфебрильная температура

3. Хронический абсцесс легкого, опухоль легкого
4. МСКТ органов грудной клетки – доказать наличие бронхоэктазов и подтвердить диагноз, общий анализ крови, фибробронхоскопия исключить другую патологию бронхиального дерева, взять материал для посева, провести лечебную санацию. Если нет возможности выполнить МСКТ ОГК, то подготовить бронхиальное дерево и выполнить бронхографию.
5. Патологическое расширение бронхов, лейкоцитоз
6. Консервативная терапия в период обострения. Учитывая ограниченный характер поражения (н/доля слева), рекомендовать хирургическое лечение.

У больного 24 лет 3 часа назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыт холодным потом, пульс 110 ударов в минуту слабого наполнения. АД—90/60 мм рт. ст. Нв—70г/л.

1. Желудочно-кишечное кровотечение
2. Клиническая картина соответствует профузному кровотечению, шоковый индекс более 1
3. Кровотечение из варикозных вен пищевода, легочное кровотечение
4. ЭГДС, источник кровотечения и классификация по Форест
5. Вероятнее всего, источник – язва желудка, Форест 1 а
6. Экстренная операция – резекция желудка

Заведующий кафедрой
Факультетской хирургии
№ 2 им.Г.И.Лукомского
ИКМ



(подпись)

Хоробрых Т.В.

(фамилия,
инициалы)