

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

Институт Клинической медицины им.
Н.В.Склифосовского
Кафедра Общей хирургии ИКМ

Фонд оценочных средств:
Общая хирургия

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

31.00.00 Клиническая медицина
31.05.01 Лечебное дело

РАНЫ, ТРАВМА И ДЕСМУРГИЯ

1. Принципы лечения пострадавших с синдромом длительного сдавления
 - а противошоковые мероприятия
 - б борьба с эндотоксикозом
 - в лечение ОПН
 - г коррекция водно-электролитных нарушений
 - д сохранение конечности независимо от степени ишемии

2. Ранний период синдрома длительного сдавления характеризуется
 - а гемоконцентрацией
 - б олигоанурической фазой ОПН
 - в светлым промежутком
 - г низкой плотностью мочи
 - д гипокалиемией

3. В течении синдрома длительного сдавления различают следующие периоды
 - а ранний
 - б промежуточный
 - в поздний
 - г скрытый

4. К принципам оказания медицинской помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления относятся
 - а обязательная иммобилизация поврежденных конечностей
 - б экстракорпоральная детоксикация
 - в противошоковые мероприятия
 - г профилактика и лечение ОПН

5. Шоковый индекс равен 1.5 Ориентировочная кровопотеря составляет
 - а 1л (20%)
 - б 1.5л (30%)
 - в 2л (40%)

6. Какие пункты соответствуют правилам наложения кровоостанавливающего жгута
 - а наложить жгут как можно ближе к ране на мягкую подкладку
 - б прикрепить к жгуту записку с указанным временем наложения жгута
 - в наложенный жгут должен быть хорошо заметен
 - г провести иммобилизацию для создания неподвижности конечности
 - д эвакуация в первую очередь

7. Местные симптомы повреждения сосудов

- а гемморагический шок
- б наличие напряженной субфасциальной гематомы в окружности раны
- в наличие сосуда в ране
- г пульсация гематомы
- д признаки острой ишемии дистальных отделов конечности

- 8 К ранним признакам газовой гангрены относятся
- а боль и чувство распираания в ране, сдавление повязкой
 - б быстро нарастающая интоксикация
 - в выраженная тахикардия на фоне невысокой температуры
 - г возбуждение и эйфория раненого, которые сменяются депрессией, апатией и дезориентацией
 - д субиктеричность склер и кожного покрова

- 9 К продромальным симптомам столбняка относятся
- а вялость, бессоница, головная боль
 - б болезненные ощущения в затылке, спине, парестезии на лице
 - в появление опистотонуса
 - г усиление боли в зоне ранения
 - д появление фибриллярных подергиваний мышц

10. Симптомы классической триады при столбняке это
- а слюнотечение, водобоязнь, ригидность мышц затылка
 - б тртизм жевательной мускулатуры, дисфагия, септическое состояние
 - в высокая лихорадка , дисфагия, ригидность мышц затылка
 - г ригидность мышц затылка, дисфагия, тризм жевательной мускулатуры
 - д тризм жевательной мускулатры,слюнотечение,ригидность мышц затылка

- 11.Показания к транспортной иммобилизации
- а переломы костей
 - б разрывы сухожилий
 - в обширные повреждения мягких тканей
 - г касательные ранения
 - д острые воспалительные процессы конечностей

- 12 Ошибки транспортной иммобилизации
- а использование коротких стандартных и подручных средств
 - б использование несмоделированных лестничных шин
 - в обкладывание костных выступов ватно-марлевыми прокладками
 - г закрытие жгута при бинтовании шины

- 13 При переломах ребер используется
- а циркулярная повязка на грудную клетку
 - б гипсовая повязка по типу Дезо
 - в пластмассовая пластинка для внешней фиксации
 - г фанерная шина

д воротник Шанца

14 Преимущества местной анестезии

а не угнетает дыхание

б противошоковый эффект

в минимальное влияние на гемодинамику

г возможность дифференциального блока разной чувствительности

15 По какому краю ребра выполняется межреберная блокада

а по нижнему

б по верхнему

16 К относительным признакам перелома относят

а нарушение функции конечности

б укорочение конечности

в боль в месте перелома при осевой нагрузке на конечность

г наличие костных отломков в ране

д припухлость(кровоизлияние)

17 Ранние осложнения огнестрельных переломов

а шок

б кровотечение

в нарушение оси конечности

г жировая и тромбэмболия

д повреждение сосудисто-нервных пучков

18 Основные причины сдавления головного мозга при черепно-мозговой травме

а внутричерепные гематомы

б вдавленные переломы костей черепа

в абсцесс мозга

г очаги разможнения с перифокальным отеком

19 Для ожогового шока характерна

а плазмопотеря

б гипоксемия

в тканевая гипоксия

г гиповолемия

д гемоделюция

20 Для ожогов кислотой характерно

а формирование коликвационного некроза, переходящего в коагуляционный

б коликвационный некроз

в гнойное расплавление тканей

г формирование коагуляционного некроза

21 После согревания тканей при отморожении начинается

- а репаративный период
- б реактивный период
- в судорожный период
- г скрытый период

22. Различают три последовательные стадии развития общей холодовой травмы

- а адинамичная, ступорозная, судорожная
- б дореактивная, реактивная
- в охлаждение, омертвление, отторжение тканей

23. Какие раны не нуждаются в проведении первичной хирургической обработки в мирное время:

- а) длиной не более 5 см
- б) колотые непроникающие**
- в) резаные не глубже подкожной жировой клетчатки**
- г) ранение дробью**
- д) раны без инородных тел

24. Ранняя первичная хирургическая обработка раны выполняется в следующие сроки от момента ранения:

- а) до 12 ч
- б) до 24 ч**
- в) до 36 ч
- г) до 72 ч
- д) спустя 72 ч

25. Огнестрельная рана по своему строению включает в себя следующие зоны:

- а) раневой канал**
- б) зона вторичных посттравматических изменений
- в) зона первичного травматического некроза**
- г) зона коммоции (молекулярного сотрясения)**
- д) зона термического повреждения

26. Площадь поверхностных ожогов, при которой развивается ожоговая болезнь

- 1. 2-3%
- 2. 5%
- 2. 5-10%
- 3. 10-15%
- 4. 15-20% +

27. Минимальная площадь глубоких ожогов у взрослых, при которой развивается ожоговая болезнь

- 1. 2-3%
- 2. 5%
- 3. 10% +
- 4. 15%

5.20%

28. Не является стадией ожоговой болезни

1. Ожоговый шок
2. Острая ожоговая токсемия
3. Септикотоксемия
4. Эпителизация +
5. Реконвалесценция

29. Для ожога 1 степени характерно поражение

1. в пределах эпидермиса +
2. ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы с сохранением дериватов кожи
3. ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы без сохранения дериватов кожи
4. поражение всех слоев кожи до собственной фасции
5. поражение всех слоев кожи вплоть до субфасциальных структур

30. Для ожога 2 степени характерно поражение

1. в пределах эпидермиса
2. ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы с сохранением дериватов кожи +
3. ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы без сохранения дериватов кожи
4. поражение всех слоев кожи до собственной фасции
5. поражение всех слоев кожи вплоть до субфасциальных структур

31. Суспензорий — это повязка на:

- а) мошонку +
- б) плечо
- в) ягодицу
- г) бедро
- д) голень

32. При оказании помощи пострадавшему с травмой ключицы целесообразно использовать:

- а) колосовидную повязку
- б) повязку Дезо +
- в) гипсовую лонгету
- г) Шину Белера
- д) Чепец

33. После вправления вывиха плеча накладывают гипсовую повязку:

- а) крестообразную
- б) колосовидную
- в) Дезо +
- г) Шину Белера
- д) Чепец

34. Крестообразную повязку применяют при повреждении:

- а) лучезапястного сустава +
- б) коленного сустава
- в) плечевого сустава
- г) тазобедренного сустава
- д) голеностопного сустава

35. При переломе лодыжек накладывают гипсовую повязку:

- а) мостовидную
- б) циркулярную
- в) сапожок +
- г) повязку Дезо
- д) Чепец

36. Лейкопластырные повязки относятся к:

- а) твердым
- б) клеевым +
- в) давящим
- г) жестким
- д) лекарственным

37. При открытых переломах накладывают гипсовую повязку:

- а) лонгетную
- б) створчатую
- в) окончатую +
- г) циркулярную
- д) тутор

38. Для транспортной иммобилизации используется:

- а) шина Крамера +
- б) шина Белера
- в) шина Кузьминского
- г) Шина Вайсенфлю
- д) Шина Вебера

39. При вывихе плеча применяют повязку:

- а) восьмиобразную
- б) спиральную
- в) косыночную +
- г) мостовидную
- д) циркулярную

40. Вид повязки при растяжении связок в голеностопном суставе:

- а) колосовидная
- б) восьмиобразная +
- в) черепашья

- г) мостовидная
- д) циркулярная

41. К твердым повязкам относится:

- а) гипсовая +
- б) давящая
- в) клеевая
- г) крестообразная
- д) колосовидная

42. При ушибе плечевого сустава накладывают повязку:

- а) восьмиобразную
- б) колосовидную +
- в) черепашью
- г) сапожок
- д) Чепец

43. Лейкопластырная черепицеобразная повязка накладывается при переломе:

- а) ребер +
- б) ключицы
- в) позвоночника
- г) плечевого сустава
- д) тазобедренного сустава

44. При ранениях волосистой части головы накладывается повязка:

- а) «уздечка»
- б) крестообразная на затылок и шею
- в) «чепец» +
- г) сапожок
- д) повязку Дезо

45. При ожоге кисти кипятком накладывают повязку:

- а) «варежка» +
- б) сходящуюся
- в) «перчатка»
- г) «чепец»
- д) сапожок

46. К мягким повязкам относится:

- а) шина Крамера
- б) косыночная повязка +
- в) аппарат Илизарова
- г) шина Дитерихса

47. Повязку Дезо используют при переломе:

- а) грудины

- б) костей предплечья
- в) ключицы +
- г) тазобедренного сустава
- д) голеностопного сустава

48. Потенциальная проблема пациента с клеоловой повязкой:

- а) раздражение кожи +
- б) деформация тканей
- в) выпадение волос
- г) импотенция
- д) дисфагия

49. После вскрытия карбункула на задней поверхности шеи лучше использовать повязку:

- а) «чепец»
- б) возвращающуюся
- в) крестообразную +
- г) повязку Дезо
- д) Чепец

50. Потенциальная проблема пациента после наложения гипсовой иммобилизации:

- а) нарушение кровообращения
- б) развитие контрактуры +
- в) зябкость конечности
- г) выпадение волос
- д) дизартрия

51. При травме коленного сустава накладывают повязку:

- а) черепашью +
- б) спиральную
- в) змеевидную
- г) «чепец»
- д) сапожок

52. Основной целью ухода медсестры за пациентом с бинтовой повязкой на конечности является предупреждение

- а) нарушений двигательной функции
- б) дефицита самоухода
- в) нарушений кровообращения дистальнее повязки +
- г) деформации тканей
- д) выпадения волос

53. Повязка, применяемая при носовом кровотечении:

- а) лейкопластырная
- б) циркулярная
- в) пращевидная +

- г) «чепец»
- д) сапожок

54. Перед наложением бинтовой повязки медсестра оценит:

- а) температуру тела
- б) частоту дыхания
- в) характер патологического процесса +
- г) ЧСС
- д) АД

55. При переломе нижней челюсти необходима повязка:

- а) возвращающаяся
- б) восьмиобразная
- в) пращевидная +
- г) «чепец»
- д) сапожок

56. К мягкой повязке относится:

- а) гипсовая повязка
- б) косыночная повязка +
- в) шина Крамера
- г) Шина Вайсенфлю
- д) Шина Вебера

57. Повязка, применяемая при ранении пальцев кисти:

- а) «перчатка» +
- б) крестообразная
- в) змеевидная
- г) «чепец»
- д) сапожок

58. При ранении в области плечевого сустава накладывают повязку:

- а) черепашью
- б) колосовидную +
- в) 8-образную
- г) «чепец»
- д) сапожок

59. Вид повязки при венозном кровотечении:

- а) давящая +
- б) лейкопластырная
- в) окклюзионная
- б) возвращающаяся
- в) крестообразная

60. Окклюзионную повязку используют при:

- а) артериальном кровотечении
- б) открытом пневмотораксе +
- в) клапанном пневмотораксе
- г) переломе тазобедренного сустава
- д) переломе голеностопного сустава

61. Перечислите стадии ожоговой болезни:

- а) ожоговый шок**
- б) острая ожоговая токсемия**
- в) септикотоксемия**
- г) реконвалесценция**
- д) катаболическая фаза

62. Выберите утверждения, верные в отношении отморожений:

- а) являются термической травмой**
- б) по глубине включают в себя пять степеней
- в) лечатся строго консервативно
- г) имеют сезонный характер**
- д) чаще поражаются конечности**

63. Основной вклад в развитие ожогового шока вносят:

- а) анемия
- б) плазмопотеря**
- в) фактор инфекции
- г) выраженный болевой симптом**
- д) электролитные нарушения

64. Позволяет ли отрицательный посев крови на стерильность при подозрении на сепсис исключить данный диагноз?

- а) да
- б) нет**
- в) да, в случае трехкратного отрицательного результата
- г) да, в случае проведения исследования в лаборатории экспертного класса
- д) да, при условии забора образца крови на высоте лихорадки

65. Чем характеризуется вторая фаза раневого процесса?

- а) серозным или серозно-геморрагическим характером раневого экссудата**
- б) формированием грануляционной ткани**
- в) увеличением количества раневого экссудата
- г) регрессом явлений перифокального воспаления**
- д) усилением болей в ране

66. Что учитывают при вычислении индекса Франка:

- а) площадь и глубина поражения; (+)
- б) площадь и степень поражения;
- в) степень и глубина поражения;

г) длительность воздействия термического фактора и глубина поражения.

67. Периоды ожоговой болезни (несколько вариантов ответа):

- а) ожоговый шок (+)
- б) острая ожоговая токсемия (+)
- в) плазмопотеря
- г) септикотоксемия (+)
- д) реконвалесценция (+)
- е) септикопиемия

68. Первая помощь при ожоговой травме (несколько вариантов ответа) :

- а) применение лечебных повязок
- б) наложение асептической повязки (+)
- в) устранение термического агента (+)
- г) вскрытие булл
- д) охлаждение обожженной поверхности (+)
- е) обильное щелочное питье (+)
- д) внутривенное введение антибактериальных препаратов

69. Преимущества закрытого метода лечения ожогов (несколько вариантов ответа) :

- а) изоляция обожженной поверхности (+)
- б) создание оптимальных условий для местного медикаментозного лечения ожоговых ран (+)
- в) ускоренное формирование плотного струпа на обожженной поверхности
- г) большой расход перевязочного материала

70. По глубине поражения выделяют ожоги:

- а) поверхностные (I степень, II степень) и глубокие (III степень, IV степень);
- б) поверхностные (I степень, II степень), средние (IIIa степень, IIIб степень); глубокие (IV степень)
- в) поверхностные (I степень, II степень, IIIa степень), глубокие (IIIб степень, IV степень) (+)

КРОВОТЕЧЕНИЯ

71. Сколько выделяют степеней острой кровопотери в зависимости от степени дефицита ОЦК

- 1. 1
- 2. 2.
- 3. 3
- 4. 4 +
- 5. 5

72. Причина вторичного раннего кровотечения это

1. Инфекционные осложнения в ране +
2. Нарушение техники проведения окончательного гемостаза
3. Неадекватное обезболивание в после операционном периоде
4. Ранняя активизация больного

73. Абсолютным показанием для проведением гемотрансфузии при острой кровопотере является уровень гемоглобина ниже

1. 120 г\л
2. 110 г\л
3. 100 г\л
4. 90 г\л
5. 80 г\л +

74. Абсолютным показанием для проведением гемотрансфузии при хронической анемии является уровень гемоглобина ниже

1. 120 г\л
2. 100 г\л
3. 80 г\л
4. 70 г\л
5. 60 г\л +

75. Какой из следующих типов кровотечения считается наиболее опасным и требует немедленного вмешательства?

- А) Венозное
- В) Артериальное
- С) Капиллярное
- D) Патологическое

76. Какой объем кровопотери считается критическим и может привести к шоку у взрослого человека?

- А) 500 мл
- В) 1000 мл
- С) 1500 мл
- D) 2000 мл

77. Какой из следующих методов является основным для остановки артериального кровотечения?

- А) Прямое давление
- В) Наложение жгута
- С) Холодовая терапия
- D) Поднятие конечности

78. Какой из следующих препаратов часто используется для лечения гипотензии при массивной кровопотере?

- А) Адреналин
- В) Нитроглицерин
- С) Дексаметазон

- D) Фуросемид

79. Какой из следующих методов не рекомендуется для остановки венозного кровотечения?

- A) Наложение давящей повязки
- B) Поднятие конечности
- C) Наложение жгута
- D) Прямое давление на рану

80. Какой из следующих препаратов используется для местной гемостаза в хирургии?

- A) Аспирин
- B) Викасол
- C) Тромбин
- D) Гепарин

81. Какой из следующих методов является наиболее подходящим для остановки внутреннего кровотечения в брюшную полость?

- A) Наложение жгута
- B) Лапаротомия
- C) Прямое давление
- D) Перевязка раны

82 В осложнения при интубации трахеи методом прямой ларингоскопии входят:

1. повреждение зубов клинком ларингоскопа
2. повреждение голосовых связок
3. введение трубки в пищевод
4. введение трубки в правый бронх
5. выход трубки из трахеи или ее перегиб
6. повреждение шейных позвонков.

83 Какой объем воздуха должен вдвигаться при выполнении ИВЛ взрослому:

1. 500-700 мл
2. 100-200 мл
3. 300-400 мл
4. 1000-1200 мл

84 Какому значению в норме равен индекс Алговера:

1. 0,5
2. 1.0
3. 2.0
4. 3.0
5. 4.0

85) В эректильную фазу шока входят:

1. короткая по длительности, наступает сразу после травмы
2. напряжение симпато-адреналовой системы
- 3.напряжение парасимпатической нервной системы
- 4.кожа и слизистые оболочки бледные, тахикардия, повышение АД, больной возбужден
5. кожа и слизистые бледные, брадикардия, понижение АД, больной заторможен.

86 К методам временной остановки кровотечения не относятся:

- 1.наложение жгута
- 2.пальцевое прижатие артерии
- 3.сгибание конечности в суставе
- 4.тампонада раны
- 5.коагуляция сосуда в ране

87 Сроки развития вторичных ранних кровотечений:

1. до 3х суток
2. до 7 суток
- 3.до 12 часов
- 4.до 48 часов
- 5.до 1 месяца

88 Кто открыл четвертую группу крови:

1. Э.Бергман
2. К.Ланштайнер
3. Я.Янский
4. А.Вишневский
5. А. Юстен

89 Кто открыл свойство цитрата натрия предотвращать свертываемость крови:

1. Э.Бергман
2. К.Ланштайнер
3. Я.Янский
4. А.Вишневский
5. А. Юстен

90 Что такое аутогемотрансфузия:

1. источником крови является больной, у которого заранее производят изъятие крови для последующего переливания во время операции
2. источником крови является родственник больного, у которого производят изъятие крови для последующего переливания
3. источником крови является здоровый человек, у которого производят изъятие крови для последующего переливания

91. Правило Оттенберга гласит:

1. агглютинируются эритроциты переливаемой донорской крови, так как агглютинины последней разводятся кровью реципиента и их концентрация не достигает уровня, при котором они могут агглютинировать эритроциты реципиента.
2. агглютинируются эритроциты переливаемой донорской крови, так как агглютиногены последней разводятся кровью реципиента и их концентрация не достигает уровня, при котором они могут агглютинировать эритроциты реципиента.
3. агглютинируются эритроциты реципиента, так как агглютинины донорской крови и их концентрация достигает уровня, при котором они могут агглютинировать эритроциты реципиента.

92. Причиной аррозии сосуда могут быть:

- а) прорастание опухоли**
- б) механическое повреждение
- в) гнойно-некротический процесс**
- г) нарушение свертывающей системы крови
- д) обменные нарушения

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА

93. Комплекс мер направленных на уничтожение и удаление из раны микроорганизмов называется

1. Асептика
2. Антисептика +
3. Абластика
4. Антибластика
5. Стерилизация

94. К какому виду антисептика относится первичная хирургическая обработка раны

1. Физическая антисептика
2. Химическая антисептика
3. Механическая антисептика +
4. Биологическая антисептика
5. Хирургическая антисептика

95. К какому виду антисептики относится дренирование раны

1. Физическая антисептика +
2. Химическая антисептика
3. Механическая антисептика
4. Биологическая антисептика
5. Хирургическая антисептика

96. К какому виду антисептики относится применение протеолитических ферментов, вакцин, сывороток, антибиотиков

1. Физическая антисептика

2. Химическая антисептика

3. Механическая антисептика

4. Биологическая антисептика +

5. Бактериологическая антисептика

97. Комплекс мер направленных на предотвращение попадания инфекционного агента в рану называется

1. Асептика +

2. Антисептика

3. Аутодерматоластика

4. Иглорефлексотерапия

5. Кинезиотейпирование

98. Какое из перечисленных мероприятий является основным для обеспечения асептики в операционной?

а) Использование антисептиков на коже пациента

б) Проведение операции в условиях открытого окна

с) Ношение обычной одежды хирургом

д) Применение нестерильных инструментов

99. Какой метод стерилизации наиболее часто используется для хирургических инструментов?

а) Химическая стерилизация

б) Стерилизация паром под давлением

с) Стерилизация ультрафиолетовым светом

д) Стерилизация с помощью горячего воздуха

100. Какой из следующих факторов не влияет на асептические условия в операционной?

а) Температура воздуха

б) Наличие пыли в помещении

с) Количество присутствующих людей

д) Использование стерильных перчаток

101. Какой из следующих антисептиков чаще всего используется для обработки рук хирурга перед операцией?

а) Этиловый спирт

б) Хлоргексидин

с) Йодофор

д) Перекись водорода

102. Какой из следующих принципов асептики является наиболее важным при подготовке операционного поля?

а) Обработка только одного участка кожи

б) Использование стерильного покрытия на зону разреза

с) Применение антисептиков только после разреза

д) Ношение маски только во время операции

103. Какой из следующих растворов является наиболее распространенным антисептиком для обработки кожи перед хирургическим вмешательством?

- a) Этиловый спирт 70%
- b) Хлоргексидин
- c) Йодоповидон
- d) Фурацилин

104. Какой из следующих антисептиков не следует использовать для обработки слизистых оболочек?

- a) Хлоргексидин
- b) Спирт
- c) Перекись водорода
- d) Фурацилин

105. Какое направление движений используется при обработке чистой раны:

- 1.от центра к периферии
- 2.от периферии к центру

106.Сроки наложения первично-отсроченного шва

- 1.24 часа
- 2.48 часов
- 3.72 часа
- 4.1 неделя
- 5.1 месяц

107.Какие виды уборки не предусмотрены в операционной:

- 1.предварительная
- 2.текущая
- 3.послеоперационная
- 4.заключительная
- 5.генеральная
- 6.сухая

108. Что не входит в заключительную уборку операционной:

- 1.влажная уборка с протирающим дезинфицирующим раствором стен, потолка, подоконников, пола
- 2.влажная уборка с протирающим дезинфицирующим раствором аппаратуры
- 3.включение бактерицидных ламп
- 4.проветривание помещения путем открытия окон.

109. Какой вид стерилизации применяют для эндоскопических и оптических инструментов:

- 1.физический
- 2.механический
- 3.химический

110. Сколько времени остается стерильным закрытый бикс:

1.36 часов

2.48 часов

3. 1 неделя

4.1 месяц

111.С какой периодичностью проводят контроль стерильности прямым способом:

1. 1 раз в 7 дней

2.1 раз в 10 дней

3. 1 раз в месяц

4. 1 раз в 3 месяца

112. Способ обработки рук хирурга по Спасокукоцкому-Кочергену включает в себя:

1. мытье рук в двух тазах по 3 минуты салфеткой

2.по окончании мытья руки ополаскивают раствором аммиака 0,5%

3.по окончании мытья руки ополаскивают раствором аммиака 2%

4. кожу рук осушают стерильными салфетками

5. обеззараживают кожу рук салфетками с 96% спиртом

6. обеззараживают кожу рук салфетками с 40% спиртом

7. ногтевые ложа смазывают и складки кожи смазывают 5% спиртовым раствором йода

113. Какой объем действий включает первичная хирургическая обработка раны:

1. иссечение краев раны

2.иссечение стенок раны

3.иссечение дна раны

4.наложение вторичного шва

5.установка дренажа

114. К группе детергентов химической антисептики относят:

1. раствор пероксида водорода

2.бриллиантовый зеленый

3. хлоргексидин

4.калия перманганат

115. Воздушно-капельная инфекция попадает в рану с

1) тампонами, салфетками

2) протезами

3) шовным материалом

4) инструментами

5) брызгами слюны

116. Резервуар патогенного стафилококка при воздушно-капельной инфекции

1) передние отделы носоглотки медперсонала

2) носоглотка больного

3) кожа и слизистые оболочки медперсонала

4) слизистые оболочки больного

5) толстый кишечник

117. В этиологии экзогенного распространения инфекции наибольшее значение имеют

1) пневмококки

2) фузобактерии

3) стрептококки

4) стафилококки

5) кишечная палочка

118. В этиологии эндогенного распространения инфекции наибольшее значение имеют

1) актиномицеты

2) пневмококки

3) условно-патогенная флора

4) Гр(-) микроорганизмы

5) Гр(-) анаэробы

119. К какому виду антисептики относится проточно-промывное дренирование

1) механическому

2) физическому

3) химическому

4) биологическому

5) смешанному

120. К смешанной антисептике относится

1) мембранное дренирование

2) ПХО раны

3) ВХО раны

4) Ушивание раны

5) Тампонада раны

121. Источниками хирургической инфекции являются

1) контактный

2) эндогенный

3) экзогенный

4) воздушно-капельный

5) имплантационный

122. Необходимость использования разовых инструментов

1) увеличением числа гнойных осложнений

2) увеличением количества больных СПИДом

3) увеличением количества вирусоносителей гепатита В и С

4) рост микст-инфекций

5) рост антибиотикоустойчивости

123. Асептика представляет собой

1) систему мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране

- 2) ПХО раны
- 3) совокупность методов и приемов, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану
- 4) ушивание раны
- 5) адекватное дренирование раны

124. Антисептика представляет собой

- 1) систему мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в ране
- 2) ПХО раны
- 3) совокупность методов и приемов, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану
- 4) ушивание раны
- 5) адекватное дренирование раны

125. Профилактика воздушно-капельной инфекции заключается в

- 1) стерилизации перевязочного материала
- 2) организационных мероприятиях, связанных с особенностями работы хирургических отделений
- 3) организационных мероприятиях, связанных с особенностями работы операционного блока и стационара в целом
- 4) адекватном ушивании раны
- 5) контроль за стерильностью

126. В зону абсолютной стерильности не входит

- 1) стерилизационная
- 2) приемный покой
- 3) предоперационная
- 4) моечная
- 5) комната медицинского персонала

127. Перечислите основные виды уборки помещений

- 1) предварительная
- 2) непрерывная
- 3) текущая
- 4) заключительная
- 5) генеральная

128. Предоперационная относится к зоне

- 1) абсолютной стерильности
- 2) относительной стерильности
- 3) ограниченного режима
- 4) зоне общепольничного режима
- 5) зоне санитарного режима

129. Укажите минимальную температуру, вызывающая гибель спороносных микроорганизмов

- 1) 115°C

- 2) 90°C
- 3) 120°C
- 4) 190°C
- 5) 50°C

130. Одноразовые инфузионные системы нельзя стерилизовать с помощью

- 1) сухожаровой стерилизации
- 2) ультразвуковой стерилизации
- 3) кипячением
- 4) гамма-стерилизацией
- 5) газовой стерилизацией

131. Остатки моющего средства на инструментах идентифицируют пробой

- 1) фенолфталеиновой
- 2) Коновалова
- 3) с серой
- 4) Микулича
- 5) амидопириновой

132. Источниками контактной инфекции не являются

- 1) шовный материал
- 2) сосудистые протезы
- 3) операционное поле (кожа больного)
- 4) воздух операционной
- 5) хронические инфекции у пациента

133. Выберите преимущественный метод контроля за стерильностью биксов

- 1) метод бактериологического контроля
- 2) плавление серы
- 3) плавление антипирина
- 4) метод Микулича
- 5) амидопириновой метод

134. Операционное белье при давлении 2 атм. стерилизуется

- 1) 30 минут
- 2) 1,5 часа
- 3) 1 часа
- 4) 3 часа
- 5) 2,5 часа

135. Перечислите виды укладки бикса

- 1) полипрофилированный
- 2) целенаправленный
- 3) универсальный
- 4) горизонтальный
- 5) видовой

136. Если бикс открывался хотя бы один раз, то какое время материал считается пригодным к употреблению

- 1) 1 сутки
- 2) 3 суток
- 3) 4 суток
- 4) 5 суток
- 5) 2 суток

137. При условии, что бикс не открывался, какое время материал считается пригодным к употреблению

- 1) 2 сутки
- 2) 1 сутки
- 3) 3 суток
- 4) 5 суток
- 5) 4 суток

138. Профилактику какой инфекции осуществляет стерилизация хирургических инструментов

- 1) госпитальной
- 2) эндогенной
- 3) воздушно-капельной
- 4) имплантационной
- 5) контактной

139. Остатки крови на инструментах выявляют с помощью пробы

- 1) Микулича
- 2) фенолфталеиновой
- 3) с бензойной кислотой
- 4) бензидиновой
- 5) бактериологической

140. Остатки моющего средства и крови на инструментах идентифицируют пробой

- 1) гепариновой
- 2) фенолфталеиновой
- 3) с бензойной кислотой
- 4) амидопириновой
- 5) азопирамовой

141. Парами формалина стерилизуют

- 1) инструменты с оптическими системами
- 2) резиновые перчатки
- 3) режущие инструменты
- 4) марлевые салфетки
- 5) шприцы

142. Инструменты в автоклаве при давлении 2 атм. стерилизуют

- 1) 25 минут
- 2) 20 минут
- 3) 35 минут
- 4) 45 минут
- 5) 1 час

143. Инструменты в сухожаровом шкафу стерилизуют при температуре

- 1) 180°C
- 2) 160°C
- 3) 150°C
- 4) 110°C
- 5) 250°C

144. В условиях стационара режущие инструменты лучше всего стерилизовать

- 1) в автоклаве
- 2) лучевой стерилизацией
- 3) с использованием изотопа ^{67}Co
- 4) химическим способом в растворе антисептика
- 5) в сухожаровом шкафу

145. К методам физической антисептики относятся:

- а) УЗ-кавитация ран**
- б) дренирование**
- в) лечение ран отрицательным давлением**
- г) обработка антисептиками
- д) протеолитические ферменты

146. Виды уборки в операционной (несколько вариантов ответа):

- а) предварительная (+)
- б) текущая (+)
- в) промежуточная
- г) послеоперационная (+)
- д) заключительная (+)
- е) генеральная (+)

147. Что такое стерилизация:

- а) уничтожение патогенной микробной флоры
- б) полное освобождение от микроорганизмов всех предметов, растворов и материалов (+)
- в) тщательная механическая очистка инструментов, удаление пирогенных веществ и уничтожение вирусов
- г) удаление из раны нежизнеспособных тканей, фибрина, гноя, являющихся средой обитания и питания микробной флоры

148. К какому виду антисептики относится дренирование раны:

- а) механическая
- б) физическая (+)

- в) химическая
- г) биологическая
- д) комбинированная

149. Первомур (С-4) - это:

- а) смесь, состоящая из 85% муравьиной кислоты и 33% раствора пероксида водорода (+)
- б) смесь, состоящая из 80% надмуравьиной кислоты и 6% пероксида водорода
- в) смесь, состоящая из 20% водного раствора хлоргексидина и 3% пероксида водорода
- г) смесь, состоящая из 0.5% раствора аммиака и 33% раствора пероксида водорода

150. К окислителям в химической антисептике относят (несколько вариантов ответа):

- а) салициловая кислота
- б) раствор пероксида водорода (+)
- в) хлоргексидина биглюконат
- г) калия перманганат (+)
- д) мочевины пероксид (+)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

151. К какому виду остеомиелита согласно классификации относится Абсцесс Броди?

- 1. Острый гематогенный
- 2. Хронический гематогенный
- 3. Огнестрельный
- 4. Послеоперационный
- 5. Первично хронический гематогенный +

152. Наиболее неблагоприятный прогноз имеет остеомиелит

- 1. Острый гематогенный
- 2. Послеоперационный
- 3. Огнестрельный +
- 4. Хронический гематогенный
- 5. Первично хронический гематогенный

153. Какой из следующих признаков не является характерным для гнойного процесса?

- а) Покраснение
- б) Отек
- в) Повышение температуры
- д) Уменьшение боли

154. Какой из следующих методов лечения является основным при гнойных абсцессах?

- а) Антибиотикотерапия
- б) Хирургическое вскрытие и дренирование
- в) Физиотерапия
- д) Патогенетическая терапия

155. Какой из следующих микроорганизмов чаще всего вызывает гнойные инфекции кожи?

- a) Streptococcus pneumoniae
- b) Staphylococcus aureus
- c) Escherichia coli
- d) Pseudomonas aeruginosa

156. Какой из перечисленных методов является основным для диагностики абсцесса?

- a) УЗИ
- b) Рентгенография
- c) КТ
- d) Лабораторные анализы

157. Какой из следующих методов является профилактикой гнойных инфекций после хирургического вмешательства?

- a) Обработка операционного поля антисептиками
- b) Применение антибиотиков только по показаниям
- c) Увлажнение воздуха в операционной
- d) Употребление большого количества жидкости

158. Какой из следующих симптомов наиболее характерен для гнойного артрита?

- A) Хроническая боль в суставе
- B) Ограничение подвижности без отека
- C) Локальное покраснение и отек сустава
- D) Повышение температуры тела без других симптомов

159. Какой из следующих методов лечения является основным при остеомиелите?

- A) Консервативное лечение антибиотиками
- B) Хирургическое удаление некротической ткани
- C) Физиотерапия
- D) Иммобилизация конечности

160. Пациентка 52 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на пульсирующую боль в области ногтевой фаланги 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях.

Местно: 2 палец левой кисти отечен (преимущественно в области ногтевой и средней фаланг). Кожные покровы гиперемированы, напряжены. В области ногтевой фаланги по ладонной поверхности определяется отслойка эпидермиса 0,7х0,6 см со скоплением гноя под ним. Пальпация резко болезненна. Движения в дистальном межфаланговом суставе ограничены из-за усиливающейся боли.

Наиболее вероятный диагноз?

- A) Кожный панариций
- B) Подкожный панариций
- B) Панариций по типу «запонка»
- Г) Суставной панариций
- Д) Костный панариций

161. Пациентка 52 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на пульсирующую боль в области ногтевой фаланги 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях. С диагнозом «панариций» хирург установил показания к проведению экстренного оперативного вмешательства:

Какой из методов обезболивания будет оптимален в данной клинической ситуации?

- А) Анестезия по Лукашевичу-Оберсту
- Б) Анестезия по Усольцевой
- В) Внутривенный наркоз
- Г) Местная инфильтрационная анестезия
- Д) Проводниковая анестезия – блокада плечевого сплетения

162. Пациентка 36 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти.

Из анамнеза: 3 дня назад пациентка, работая за швейной машиной, насквозь проколола через ногтевую пластинку фалангу 2 пальца правой кисти, игла обломилась.

Отмечается гиперемия кожи в области ногтевой фаланги и дистального межфалангового сустава, движения в котором умеренно болезненны. В центральной части ногтевой пластинки (маникюр ярко красного цвета) имеется точечное отверстие менее 1 мм. Аналогичное определяется на ладонной поверхности фаланги. Отделяемого нет. Нажатие на ногтевую пластинку вызывает резкую боль.

Какой метод инструментального обследования необходим?

- А) Инфракрасная термография
- Б) Компьютерная томография
- В) Прицельная обзорная рентгенография
- Г) Остеосцинтиграфия
- Д) УЗИ мягких тканей

163. Пациентка 36 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти.

Из анамнеза: 3 дня назад пациентка, работая за швейной машиной, насквозь проколола через ногтевую пластинку фалангу 2 пальца правой кисти. Иголка при этом сломалась.

Отмечается гиперемия кожи в области ногтевой фаланги и дистального межфалангового сустава, движения в котором умеренно болезненны. В центральной части ногтевой пластинки (маникюр ярко красного цвета) имеется точечное отверстие менее 1 мм. Аналогичное определяется на ладонной поверхности фаланги. Отделяемого нет. Нажатие на ногтевую пластинку вызывает резкую боль.

При рентгенологическом исследовании костно-деструктивных изменений не выявлено.

Наиболее вероятный диагноз?

- А) Костный панариций
- Б) Суставной панариций
- В) Подногтевой панариций
- Г) Тендовагинит
- Д) Кожно-подкожный панариций

164. Пациентка 36 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти.

Из анамнеза: 3 дня назад пациентка, работая за швейной машиной, насквозь проколола через ногтевую пластинку фалангу 2 пальца правой кисти. Иголка при этом сломалась.

Местно: 2 палец правой кисти отечен (преимущественно в области ногтевой и средней фалаг). Отмечается гиперемия кожи в области ногтевой фаланги и дистального межфалангового сустава, движения в котором умеренно болезненны. В центральной части ногтевой пластинки (маникюр ярко красного цвета) имеется точечное отверстие менее 1 мм. Аналогичное определяется на ладонной поверхности фаланги. Отделяемого нет. Нажатие на ногтевую пластинку вызывает резкую боль. После смывания маникюра под всей ногтевой пластинкой определяется гной. При рентгенографии патологических изменений в тканях не обнаружено.

Каков оптимальный объем оперативного лечения?

- А) Клиновидная резекция ногтевой пластинки,
- Б) Удаление ногтевой пластинки
- В) Удаление ногтевой пластинки, вакуум-ассистированная повязка
- Г) Вскрытие околоногтевого валика, дренирование подногтевого пространства
- Д) Овальная трепанация ногтевой пластинки

165. Пациент 46 лет, госпитализирована в экстренном порядке бригадой СМП с жалобами на боль в области правой кисти, усиливающуюся при движениях 1 пальцем, повышение температуры до 38,1°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, работая на стройке, наколот тонкой проволокой область основания 1 пальца правой кисти.

Местно: у основания 1 пальца правой кисти по ладонной поверхности визуализируется точечная рана 0,2 см, покрытая струпом. Основание 1 пальца, область тенар, кистевого сустава отечны, кожные покровы гиперемированы, напряжены, болезненность при пальпации. Симптом флюктуации положительный. Определяется также отек тканей по тыльной поверхности в проекции 1 и 2 пястных костей. Движения 1 пальцем ограничены из-за боли. Движения остальных пальцев не ограничены. Движения в кистевом суставе незначительно ограничены, дискомфортны. Пальпация в нижней трети предплечья безболезненна. Регионарный подмышечный лимфаденит.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Инфицированная рана правой кисти. Подапоневротическая флегмона тыла кисти
- Б) Инфицированная рана правой кисти. Гнойный тендовагинит сгибателя 1 пальца
- В) Инфицированная рана правой кисти, подагрический артрит кистевого и 1 пястно-фалангового суставов.
- Г) Инфицированная рана правой кисти. Флегмона тенар
- Д) Инфицированная рана правой кисти. Гнойный артрит 1 пястно-фалангового сустава

166. Пациент 46 лет, госпитализирована в экстренном порядке бригадой СМП с жалобами на боль в области правой кисти, усиливающуюся при движениях 1 пальцем, повышение температуры до 38,1°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, работая на стройке, наколот тонкой проволокой область основания 1 пальца правой кисти.

Местно: у основания 1 пальца правой кисти по ладонной поверхности визуализируется точечная рана 0,2 см, покрытая струпом. Основание 1 пальца, область тенар, кистевого сустава отечны, кожные покровы гиперемированы, напряжены, болезненность при пальпации. Симптом флюктуации положительный. Определяется также отек тканей по тыльной поверхности в проекции 1 и 2 пястных костей. Движения 1 пальцем ограничены из-за боли. Движения остальных пальцев не ограничены. Движения в кистевом суставе незначительно ограничены, дискомфортны. Пальпация в нижней трети предплечья безболезненна. Регионарный подмышечный лимфаденит.

Экстренное инструментальное обследование в предоперационном периоде?

- А) Обзорная рентгенография кисти
- Б) УЗИ мягких тканей
- В) Компьютерная томография
- Г) Магнитно-резонансная томография
- Д) Инфракрасная термография

167. Пациент 46 лет, госпитализирована в экстренном порядке бригадой СМП с жалобами на боль в области правой кисти, усиливающуюся при движениях 1 пальцем, повышение температуры до 38,1°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, работая на стройке, наколол тонкой проволокой область основания 1 пальца правой кисти.

Местно: у основания 1 пальца правой кисти по ладонной поверхности визуализируется точечная рана 0,2 см, покрытая струпом. Основание 1 пальца, область тенар, кистевого сустава отечны, кожные покровы гиперемированы, напряжены, болезненность при пальпации. Симптом флюктуации положительный. Определяется также отек тканей по тыльной поверхности в проекции 1 и 2 пястных костей. Движения 1 пальцем ограничены из-за боли. Движения остальных пальцев не ограничены. Движения в кистевом суставе незначительно ограничены, дискомфортны. Пальпация в нижней трети предплечья безболезненна. Регионарный подмышечный лимфаденит.

При проведении инструментального обследования выявлена подкожная и межмышечная флегмона тенар с гнойным затеком на тыл кисти.

Каков оптимальный характер и объем экстренного оперативного вмешательства?

- А) Вскрытие флегмоны двумя широкими разрезами: в области тенар и по тыльной поверхности. Наложение повязки с иммобилизованными протеолитическими ферментами
- Б) Вскрытие флегмоны небольшими (до 1 см) разрезами: два разреза в области тенар и один – по тыльной поверхности. Установка дренажно-промывной системы.
- В) Вскрытие флегмоны двумя широкими разрезами: в области тенар и по тыльной поверхности, некрэктомия. Вакуум-ассистированная повязка.
- Г) Пункционное дренирование флегмоны. Троакарная установка 3-4 силиконовых дренажей, предусматривающих дренирование гнойной полости и затека на тыл кисти.
- Д) Вскрытие флегмоны 2-3 разрезами, обеспечивающими возможность выполнения радикальной некрэктомии, дренажно-промывная система, первичные швы.

168. Пациент 36 лет, самотеком обратился в приемное отделение районной больницы с жалобами на боль в области правой кисти, припухлость, повышение температуры до 37,8°C.

Из анамнеза: 3 дня назад, работая на металлообработке, получил незначительное ранение у основания 5 пальца правой кисти.

Местно: по ладонной поверхности правой кисти больше по внутреннему краю определяется болезненная припухлость размерами 6х2,5 см, с гиперемией кожных покровов. В 1,5 см проксимальнее основания 5 пальца имеется точечный след после укола металлической стружкой. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 5 пальцем ограничены из-за боли. Пальпация тканей в области предплечья безболезненна. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Тендовагинит сгибателя 5 пальца
- Б) Острый артрит 5 пястно-фалангового сустава
- В) Комиссуральная флегмона
- Г) Флегмона гипотенар
- Д) Флегмона срединного пространства ладони

169. Пациент 36 лет, самотеком обратился в приемное отделение районной больницы с жалобами на боль в области правой кисти, припухлость, повышение температуры до 37,8°C.

Из анамнеза: 3 дня назад, работая на металлообработке, получил незначительное ранение у основания 5 пальца правой кисти.

Местно: по ладонной поверхности правой кисти больше по внутреннему краю определяется болезненная припухлость размерами 6х2,5 см, с гиперемией кожных покровов. В 1,5 см проксимальнее основания 5 пальца имеется точечный след после укола металлической стружкой. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 5 пальцем ограничены из-за боли. Пальпация тканей в области предплечья безболезненна. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Каков наиболее значимый метод предоперационного инструментального обследования с учетом возможностей районной больницы?

- А) Ультразвуковое исследование мягких тканей
- Б) Обзорная рентгенография кисти
- В) Прицельная рентгенография кисти с увеличением
- Г) Локальная кожная термометрия

170. Пациент 36 лет, самотеком обратился в приемное отделение районной больницы с жалобами на боль в области правой кисти, припухлость, повышение температуры до 37,8°C.

Из анамнеза: 3 дня назад, работая на металлообработке, получил незначительное ранение у основания 5 пальца правой кисти.

Местно: по ладонной поверхности правой кисти больше по внутреннему краю определяется болезненная припухлость размерами 6х2,5 см, с гиперемией кожных покровов. В 1,5 см проксимальнее основания 5 пальца имеется точечный след после укола металлической стружкой. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 5 пальцем

ограничены из-за боли. Пальпация тканей в области предплечья безболезненна. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При рентгенографии патологических изменений не выявлено.

При проведении УЗИ в области возвышения 5 пальца выявлена подкожная и межмышечная флегмона.

Каков ход экстренного оперативного вмешательства?

- А) Широкое вскрытие флегмоны одним разрезом (до 8 см), дренирование раны салфетками с антисептиком
- Б) Вскрытие флегмоны несколькими небольшими разрезами (1,5-2 см), дренирование трубчатыми дренажами
- В) Троакарное дренирование флегмоны, установка трубчатых дренажей
- Г) Вскрытие флегмоны 2 разрезами (по 3-4 см), некрэктомия, дренирование ран салфетками с мазью на ПЭГ-основе
- Д) Вскрытие флегмоны 2 разрезами (по 3-4 см), некрэктомия, дренажно-промывная система, первичные швы

171. Пациентка 72 лет, самотеком обратилась в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца правой кисти, незаживающую послеоперационную рану, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: месяц назад была оперирована хирургом поликлиники по поводу подкожного панариция средней фаланги 2 пальца правой кисти.

Местно: 2 палец правой кисти отечен, включая основную фалангу. По боковой поверхности в области средней фаланги имеется розового цвета послеоперационный рубец размерами 2,0х0,5 см, в центре которого – рана 0,5х0,3 см со скудным гнойным отделяемым. Окружающая кожа незначительно гиперемирована, а мягкие ткани инфильтративно изменены. Болезненность при пальпации. Движения в межфаланговых суставах ограничены. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Тендовагинит сгибателя 2 пальца
- Б) Артрит проксимального межфалангового сустава
- В) Артрит дистального межфалангового сустава
- Г) Остеомиелит средней фаланги 2 пальца
- Д) Длительно незаживающая рана 2 пальца

172. Пациентка 72 лет, самотеком обратилась в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца правой кисти, незаживающую послеоперационную рану, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: месяц назад была оперирована хирургом поликлиники по поводу подкожного панариция средней фаланги 2 пальца правой кисти.

Местно: 2 палец правой кисти отечен, включая основную фалангу. По боковой поверхности в области средней фаланги имеется розового цвета послеоперационный рубец размерами 2,0х0,5 см, в центре которого – рана 0,5х0,3 см со скудным гнойным отделяемым. Окружающая кожа незначительно гиперемирована, а мягкие ткани инфильтративно изменены. Болезненность при пальпации. Движения в межфаланговых суставах ограничены. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Какое первое инструментальное обследование должно быть назначено врачом приемного отделения?

- А) УЗИ мягких тканей 2 пальца правой кисти
- Б) Компьютерная томография правой кисти
- В) Магнитно-резонансная томография кисти
- Г) Радиоизотопная гаммасцинтиграфия
- Д) Обзорная рентгенография кисти

173. Пациентка 72 лет, самотеком обратилась в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца правой кисти, незаживающую послеоперационную рану, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: месяц назад была оперирована хирургом поликлиники по поводу подкожного панариция средней фаланги 2 пальца правой кисти.

Местно: 2 палец правой кисти отечен, включая основную фалангу. По боковой поверхности в области средней фаланги имеется розового цвета послеоперационный рубец размерами 2,0х0,5 см, в центре которого – рана-свищ 0,5х0,3 см со скудным гнойным отделяемым. Окружающая кожа незначительно гиперемирована, а мягкие ткани инфильтративно изменены. Болезненность при пальпации. Движения в межфаланговых суставах ограничены. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При инструментальном обследовании выявлены признаки краевой костной деструкции в области средней фаланги 2 пальца, дегенеративные изменения в мелких суставах кисти.

Каков оптимальный объем предстоящего оперативного вмешательства?

- А) Иссечение свища, сегментарная резекция средней фаланги, остеосинтез спицей, первичные швы
- Б) Иссечение свища, сегментарная резекция средней фаланги, первичные швы, иммобилизация в ортезе
- В) Иссечение свища, остеонекрэктомия, тампонирование раны турундой с антисептиком
- Г) Иссечение свища, остеонекрэктомия, первичные швы на антибактериальной коллагеновой губке

174. Пациентка 72 лет, самотеком обратилась в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца правой кисти, незаживающую послеоперационную рану, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: месяц назад была оперирована хирургом поликлиники по поводу подкожного панариция средней фаланги 2 пальца правой кисти.

Местно: 2 палец правой кисти отечен, включая основную фалангу. По боковой поверхности в области средней фаланги имеется розового цвета послеоперационный рубец размерами 2,0х0,5 см, в центре которого – рана-свищ 0,5х0,3 см со скудным гнойным отделяемым. Окружающая кожа незначительно гиперемирована, а мягкие ткани инфильтративно изменены. Болезненность при пальпации. Движения в межфаланговых суставах ограничены. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При инструментальном обследовании выявлены признаки краевой костной деструкции в области средней фаланги 2 пальца, дегенеративные изменения в мелких суставах кисти.

Пациентке предстоит оперативное вмешательство.

Какой метод обезболивания будет оптимальным?

- А) Местная инфильтрационная анестезия
- Б) Проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту
- В) Внутривенный наркоз
- Г) Блокада плечевого сплетения

175. Пациентка 42 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 3 пальца левой кисти, усиливающуюся при сгибании пальца, повышение температуры до 37,4°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, занимаясь вышиванием, уколола острой иглой тыльную поверхность 3 пальца левой кисти.

Местно: 3 палец левой кисти отечен, веретенообразно утолщен. Кожные покровы несколько гиперемированы. Определяется болезненность при пальпации в области средней фаланги и проксимального межфалангового сустава. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 3 пальцем ограничены, болезненны. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Подкожный панариций
- Б) Суставной панариций
- В) Кожный панариций
- Г) Костный панариций
- Д) Кожно-подкожный панариций

176. Пациентка 42 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 3 пальца левой кисти, усиливающуюся при сгибании пальца, повышение температуры до 37,4°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, занимаясь вышиванием, уколола острой иглой тыльную поверхность 3 пальца левой кисти.

Местно: 3 палец левой кисти отечен, веретенообразно утолщен. Кожные покровы несколько гиперемированы. Определяется болезненность при пальпации в области средней фаланги и проксимального межфалангового сустава. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 3 пальцем ограничены, болезненны. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При рентгенологическом исследовании костно-деструктивных изменений не найдено.

Каковы дальнейшие действия хирурга поликлиники?

- А) Иммобилизация пальца, назначение антибиотиков, повторный осмотр через сутки
- Б) Обкалывание зоны воспаления 0,5% раствором новокаина с антибиотиками, повторный осмотр через сутки
- В) Под проводниковой анестезией вскрытие, ревизия тканей, антибиотики
- Г) Антибиотики, направление пациентки на МРТ в областную больницу
- Д) Антибиотики, пункция. Дальнейшая тактика в зависимости от ее результатов

177. Пациентка 42 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боль в области 3 пальца левой кисти, усиливающуюся при сгибании пальца, повышение температуры до 37,4°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, занимаясь вышиванием, уколола острой иглой тыльную поверхность 3 пальца левой кисти.

Местно: 3 палец левой кисти отечен, веретенообразно утолщен. Кожные покровы несколько гиперемированы. Определяется болезненность при пальпации в области средней фаланги и проксимального межфалангового сустава. Симптом флюктуации сомнительный. Движения 3 пальцем ограничены, болезненны. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

При рентгенологическом исследовании костно-деструктивных изменений не найдено. При проведении пункции проксимального межфалангового сустава получен гной.

Какова дальнейшая тактика хирурга поликлиники?

- А) Направление пациентки для дальнейшего лечения в гнойное хирургическое отделение стационара
- Б) Широкая артротомия, дренирование сустава марлевой турундой с антисептиком, антибиотики, повторный осмотр через сутки
- В) Пункционное лечение с введением в сустав растворов антибиотиков, иммобилизация, повторный осмотр через сутки
- Г) Ревизия и дренирование сустава тонкой трубкой через минидоступы, иммобилизация, антибиотики, повторный осмотр через сутки

178. Пациент 36 лет, самотеком обратился в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боль в области 1 пальца правой кисти, отек, повышение температуры до 38,0°C.

Из анамнеза: 8 дней назад, работая на стройке, получил ранение ржавым гвоздем в области ногтевой фаланги 1 пальца правой кисти.

Местно: 1 палец увеличен в объеме, кожные покровы его незначительно гиперемированы, напряжены. По ладонной поверхности у основания дистальной фаланги имеется рана размерами 0,5x0,3 см с гнойным отделяемым. Ткани в дне раны серого цвета. При пальпации отмечается болезненность, максимально выраженная в области ногтевой фаланги и межфалангового сустава, попытка движений в котором вызывает усиление боли. Признаков выпота в межфаланговом суставе нет. Движения в 1 пястно-фаланговом суставе незначительно ограничены. Пальпация в области тенар безболезненна. Движения в кистевом суставе безболезненны в полном объеме. Подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненные, мягко-эластической консистенции.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Гнойная рана ногтевой фаланги 1 пальца, подкожный панариций
- Б) Гнойная рана 1 пальца, некротизирующая инфекция верхней конечности
- В) Гнойная рана 1 пальца, тендовагинит сгибателя 1 пальца
- Г) Гнойная рана 1 пальца, гнойный артрит межфалангового сустава 1 пальца
- Д) Гнойная рана 1 пальца, остеомиелит ногтевой фаланги

179. Пациент 36 лет, самотеком обратился в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боль в области 1 пальца правой кисти, отек, повышение температуры до 38,0°C.

Из анамнеза: 8 дней назад, работая на стройке, получил ранение ржавым гвоздем в области ногтевой фаланги 1 пальца правой кисти.

Местно: 1 палец увеличен в объеме, кожные покровы его незначительно гиперемированы, напряжены. По ладонной поверхности у основания дистальной фаланги имеется рана размерами 0,5х0,3 см с гнойным отделяемым. Ткани в дне раны серого цвета. При пальпации отмечается болезненность, максимально выраженная в области ногтевой фаланги и межфалангового сустава, попытка движений в котором вызывает усиление боли. Признаков выпота в межфаланговом суставе нет. Движения в 1 пястно-фаланговом суставе незначительно ограничены. Пальпация в области тенар безболезненна. Движения в кистевом суставе безболезненны в полном объеме. Подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненные, мягко-эластической консистенции.

Какое диагностическое исследование целесообразно сделать в первую очередь?

- А) УЗИ мягких тканей кисти
- Б) Магнитно-резонансную томография
- В) Пункция межфалангового сустава
- Г) Пункция синовиального влагалища сгибателя
- Д) Рентгенография 1 пальца

180. Пациент 36 лет, самоотекотом обратился в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на боль в области 1 пальца правой кисти, отек, повышение температуры до 38,0°C.

Из анамнеза: 8 дней назад, работая на стройке, получил ранение ржавым гвоздем в области ногтевой фаланги 1 пальца правой кисти.

Местно: 1 палец увеличен в объеме, кожные покровы его незначительно гиперемированы, напряжены. По ладонной поверхности у основания дистальной фаланги имеется рана размерами 0,5х0,3 см с гнойным отделяемым. Ткани в дне раны серого цвета. При пальпации отмечается болезненность, максимально выраженная в области ногтевой фаланги и межфалангового сустава, попытка движений в котором вызывает усиление боли. Признаков выпота в межфаланговом суставе нет. Движения в 1 пястно-фаланговом суставе незначительно ограничены. Пальпация в области тенар безболезненна. Движения в кистевом суставе безболезненны в полном объеме. Подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненные, мягко-эластической консистенции.

Каков оптимальный объем оперативного вмешательства?

- А) Экзартикуляция ногтевой фаланги 1 пальца, первичные швы
- Б) Вторичная хирургическая обработка раны, тампонирование раны с антисептиком, вторичные швы
- В) Вторичная хирургическая обработка раны, остеонекрэктомия, коллагеновая губка с антибиотиком, первичные швы
- Г) Вторичная хирургическая обработка раны, дренирование турундой с антисептиком, диагностические разрезы на предплечье

181. Пациент 24 лет, самоотекотом обратился в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, разделывая на рыбалке рыбу, уколол 2 палей левой кисти в области средней фаланги.

Местно: 2 палец левой кисти в вынужденном полусогнутом положении, отечен. Кожные покровы незначительно гиперемированы. По ладонной поверхности в области средней фаланги отмечается след от укола рыбьей костью. Движения пальцем вызывают усиление боли, особенно попытка его разгибания. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

Каков наиболее вероятный предварительный диагноз?

- А) Гнойный артрит проксимального межфалангового сустава
- Б) Подкожный панариций средней фаланги 2 пальца
- В) Кожно-подкожный панариций средней фаланги 2 пальца
- Г) Костный панариций средней фаланги 2 пальца
- Д) Тендовагинит сгибателя 2 пальца

182. Пациент 24 лет, самотеком обратился в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, разделывая на рыбалке рыбу, уколол 2 палец левой кисти в области средней фаланги.

Местно: 2 палец левой кисти в вынужденном полусогнутом положении, отечен. Кожные покровы незначительно гиперемированы. По ладонной поверхности в области средней фаланги отмечается след от укола рыбьей костью. Движения пальцем вызывают усиление боли, особенно попытка его разгибания. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

Какое инструментальное исследование может быть наиболее информативным?

- А) Магнитно-резонансная томография
- Б) Ультразвуковое исследование
- В) Компьютерная томография
- Г) Обзорная рентгенография
- Д) Гаммасцинтиграфия

183. Пациент 24 лет, самотеком обратился в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, разделывая на рыбалке рыбу, уколол 2 палец левой кисти в области средней фаланги.

Местно: 2 палец левой кисти в вынужденном полусогнутом положении, отечен. Кожные покровы незначительно гиперемированы. По ладонной поверхности в области средней фаланги отмечается след от укола рыбьей костью. Движения пальцем вызывают усиление боли, особенно попытка его разгибания. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

При проведении инструментального обследования выявлены признаки гнойного тендовагинита сгибателя 2 пальца.

Каков оптимальный объем экстренного оперативного вмешательства?

- А) Вскрытие синовиального влагалища одним разрезом на всем протяжении, наложение вакуум-ассистированной повязки, вторичные швы
- Б) Вскрытие синовиального влагалища отдельными разрезами в области средней и основной фаланг, дренирование марлевыми турундами с антисептиком

- В) Вскрытие синовиального влагалища миниразрезами в области средней, основной фаланг и в проекции головки 2 пястной кости, дренирование трубкой, первичные швы
- Г) Вскрытие синовиального влагалища Z-образными разрезами в области средней и основной фаланг, миниразрез на ладони у основания 2 пальца, трубчатый дренаж, первичные швы

184. Пациент 24 лет, самотеком обратился в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в области 2 пальца левой кисти, усиливающуюся при движениях, повышение температуры до 37,5°C.

Из анамнеза: 2 дня назад, разделявая на рыбалке рыбу, уколол 2 палец левой кисти в области средней фаланги.

Местно: 2 палец левой кисти в вынужденном полусогнутом положении, отечен. Кожные покровы незначительно гиперемированы. По ладонной поверхности в области средней фаланги отмечается след от укола рыбьей костью. Движения пальцем вызывают усиление боли, особенно попытка его разгибания. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

При проведении инструментального обследования выявлены признаки гнойного тендовагинита сгибателя 2 пальца.

Под каким обезболиванием целесообразно выполнить операцию?

- А) Местная инфильтрационная анестезия
- Б) Проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту
- Г) Внутривенная анестезия
- Д) Блокада плечевого сплетения

185. Пациент 28 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на ноющие боли в области 3 пальца левой кисти.

Из анамнеза: 2 дня назад на тыльной поверхности основной фаланги 3 пальца левой кисти появилось небольшое болезненное уплотнение. На следующий день оно несколько увеличилось в размерах, а кожа над ним приобрела ярко-красный вид. Самостоятельно прикладывал мазь Вишневского без эффекта. Решил обратиться за медицинской помощью к хирургу поликлиники.

Местно: 3 палец левой кисти несколько отечен в области основной фаланги, где по тыльной поверхности определяется болезненный инфильтрат размерами 1,0x1,0 см. Кожа над ним гиперемирована. В центре инфильтрата определяется точечный участок серо-желтого цвета. Симптом флюктуации отрицательный. Движения в пястно-фаланговом и межфаланговом суставах несколько ограничены из-за боли. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

Каков наиболее вероятный диагноз?

- А) Суставной панариций
- Б) Подкожный панариций основной фаланги
- В) Кожно-подкожный панариций основной фаланги
- Г) Гнойный артрит 3 пястно-фалангового сустава
- Д) Фурункул основной фаланги 3 пальца

186. Пациент 28 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на ноющие боли в области 3 пальца левой кисти.

Из анамнеза: 2 дня назад на тыльной поверхности основной фаланги 3 пальца левой кисти появилось небольшое болезненное уплотнение. На следующий день оно несколько

увеличилось в размерах, а кожа над ним приобрела ярко-красный вид. Самостоятельно прикладывал мазь Вишневского без эффекта. Решил обратиться за медицинской помощью к хирургу поликлиники.

Местно: 3 палец левой кисти несколько отечен в области основной фаланги, где по тыльной поверхности определяется болезненный инфильтрат размерами 1,0х1,0 см. Кожа над ним гиперемирована. В центре инфильтрата определяется точечный участок серо-желтого цвета. Симптом флюктуации отрицательный. Движения в пястно-фаланговом и межфаланговом суставах несколько ограничены из-за боли. Подмышечные лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

Какова оптимальная лечебная тактика?

- А) Рассечение инфильтрата линейным разрезом, некрэктомия, дренирование турундой с антисептиком
- Б) Иссечение инфильтрата в пределах здоровых тканей, первичные швы
- В) Рассечение инфильтрата линейным разрезом, некрэктомия, наложение вакуум-ассистированной повязки
- Г) Рассечение инфильтрата крестообразным разрезом, некрэктомия, турунда с мазью на ПЭГ-основе
- Д) Удаление некротического стержня, дренирование турундой с мазью на ПЭГ-основе

187. Выберите верные утверждения в отношении карбункула:

- а) типичная локализация – ягодичная область
- б) характеризуется некрозом подкожной жировой клетчатки**
- в) часто встречается у больных сахарным диабетом**
- г) требует хирургического лечения
- д) характеризуется воспалением нескольких волосяных фолликулов**

188. Укажите формы рожистого воспаления, не требующие хирургического лечения

- а) эритематозная**
- б) некротическая
- в) буллезная**
- г) геморрагическая**
- д) флегмонозная

189. Возбудителем рожи является:

- а) *Staphylococcus aureus*
- б) *Streptococcus pyogenes***
- в) *Pseudomonas aeruginosa*
- г) *Clostridium perfringens*
- д) *Clostridium histolyticum*

190. Укажите верные утверждения в отношении газовой гангрены:

- а) возбудителем является золотистый стафилококк
- б) характеризуется высокой летальностью и риском развития сепсиса**
- в) лечится только консервативно
- г) требует проведения противоэпидемических мероприятий**
- д) требует экстренного хирургического лечения**

191. Укажите возможные типы доступов при хирургическом лечении гнойного мастита:

- а) параареолярный разрез**
- б) крестообразный разрез
- в) радиальный разрез**
- г) разрез по Барденгейеру**
- д) дугообразный разрез**

192. Классификация негематогенного остеомиелита включает в себя следующие формы:

- а) посттравматический**
- б) огнестрельный**
- в) контактный**
- г) послеоперационный**
- д) резорбтивный**

193. Диагностическими критериями сепсиса являются:

- а) наличие первичного очага инфекции**
- б) признаки системной воспалительной реакции**
- в) полиорганная недостаточность**
- г) нестабильная гемодинамика
- д) гектическая лихорадка

194. К глубоким панарициям относится

- 1. Кожный панариций
- 2. Подкожный панариций
- 3. Паронихия
- 4. Подногтевой панариций
- 5. Костный панариций +

195. Выберите утверждения, в равной степени относящиеся как к абсцессу, так и к флегмоне:

- а) носит локальный характер
- б) относится к разряду гнойно-воспалительных заболеваний**
- в) требует хирургического лечения**
- г) как правило, сопровождается выраженной интоксикацией
- д) характеризуется наличием капсулы

196. Типичными признаками хронического остеомиелита являются:

- а) рецидивирующее течение**
- б) патологический перелом
- в) наличие остеомиелитической полости поданным рентгенологическими исследованиями**
- г) лимфаденопатия
- д) наличие свища**

197. В лечении лактационного мастита в настоящее время могут применяться:

- а) антибактериальная терапия**
- б) придание возвышенного положения молочной железе**
- в) медикаментозное подавление лактации**
- г) сцеживание**
- д) ретромаммарная блокада

198. Причиной нелактационного мастита могут быть:

- а) переохлаждение
- б) фиброзно-кистозная мастопатия**
- в) осложнения после эстетических операций**
- г) травма молочной железы**
- д) гиповитаминоз

199. Перечислите гнойно-воспалительные заболевания, при которых будет определяться положительный симптом флюктуации:

- а) карбункул
- б) абсцесс**
- в) некротическая рожа
- г) гнойный гидраденит**
- д) лимфаденит

200. Укажите заболевания, требующие проведения экстренной профилактики столбняка:

- а) гнойный лимфаденит
- б) случайная рана, полученная в неасептических условиях**
- в) эритематозная рожа
- г) глубокие ожоги**
- д) глубокие отморожения**

201. Позволяет ли отрицательный посев крови на стерильность при подозрении на сепсис исключить данный диагноз?

- а) да
- б) нет**
- в) да, в случае трехкратного отрицательного результата
- г) да, в случае проведения исследования в лаборатории экспертного класса
- д) да, при условии забора образца крови на высоте лихорадки

202. Чем характеризуется вторая фаза раневого процесса?

- а) серозным или серозно-геморрагическим характером раневого экссудата**
- б) формированием грануляционной ткани**
- в) увеличением количества раневого экссудата
- г) регрессом явлений перифокального воспаления**
- д) усилением болей в ране

203. Клиническая картина острого абсцесса легкого (несколько вариантов ответа):

- А) кашель с выделением обильного количества гнойной мокроты (+);
- Б) боли на стороне поражения при дыхании (+);

- В) лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (+);
- Г) тимпанический звук при перкуссии грудной клетки на стороне поражения;
- Д) аускультативно бронхиальное или амфорическое дыхание или ослабление дыхания над полостью распада (+).

204. Местное лечение острого абсцесса легкого включает (несколько вариантов ответа):

- А) курс санационных бронхоскопий (+);
- Б) дренирование плевральной полости;
- В) наложение торакастомы;
- Г) ингаляции с муко-, бронхолитиками, антисептиками, постуральный дренаж, дыхательная гимнастика (+);
- Д) транспариетальное дренирование полости распада в легком при нарушенном бронхиальном лаваже и субплевральном расположении полости абсцесса (+).

205. Клиническое течение пиопневмоторакса (несколько вариантов ответа):

- А) частое поверхностное дыхание (+);
- Б) тяжелый мучительный кашель со зловонной мокротой;
- В) положение ортопноэ, цианоз (+);
- Г) боли в грудной клетке усиливающиеся при дыхании (+);
- Д) выделение большого количества мокроты до 1000 мл.

206. Лечение острой эмпиемы плевры включает в себя (несколько вариантов ответа):

- А) экстренное дренирование плевральной полости с последующей санацией и аспирацией гноя (+);
- Б) радикальные операции (плеврэктомия, декортикация легкого);
- В) антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, ликвидация гипоксемии (+);
- Г) расправление пораженного легкого с помощью активной вакуум-аспирацией (+);
- Д) торакоскопическая санация полости эмпиемы (+).

207. Галактофорит – это:

- А) патологическое расширение млечных протоков
- Б) папилломатозные образования в просвете млечных протоков
- В) вид острого воспалительного процесса в молочной железе, характеризующийся воспалением млечных протоков (+);
- Г) вариант кистозно-фиброзной мастопатии

208. Разрезы, применяемые при гнойном мастите (несколько вариантов ответа):

- А) По Барденгейеру (+);
- Б) по Кохеру;
- В) по Пфанненштилю;
- Г) радиальный (+);
- Д) параареолярный (+).

209. К поверхностному панарицию относятся (несколько вариантов ответа):

- А) суставной;

- Б) подкожный (+);
- В) сухожильный;
- Г) паронихия (+);

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

210. Появление каких изменений характерно для ХВН 3 степени

- 1. Варикозное расширение подкожных вен
- 2. Отёк нижних конечностей
- 3. Телеангиэктазий
- 4. Расширенных ретикулярных вен
- 5. Трофическая язва на голени +

211. Сколько степеней хронической артериальной недостаточности выделяют согласно классификации Фонтейн-Покровского

- 1. - 1
- 2. - 2
- 3. - 3
- 4. - 4 +
- 5. - 5

212. Сколько степеней острой артериальной недостаточности выделяют согласно классификации Савельева

- 1. - 1
- 2. - 2
- 3. - 3 +
- 4. - 4
- 5. - 5

213. Основной клинический признак, используемый в классификации хронической артериальной недостаточности нижних конечностях

- 1. Цвет кожных покровов
- 2. Состояние ногтевых пластин
- 3. Состояние волосяного покрова голеней
- 4. Температура кожных покровов
- 5. Боли при ходьбе +

214. Симптом, характеризующийся возникновением болей в мышцах голени при ходьбе характерен для?

- 1. Невралгии седалищного нерва
- 2. Гонартроза
- 3. Тромбофлебита
- 4. Хронической артериальной недостаточности нижних конечностей +
- 5. Хронической венозной недостаточности нижних конечностей

215. Какой из следующих симптомов наиболее характерен для хронической ишемии конечностей?

- a) Острая боль в груди
- b) Хромота
- c) Лихорадка
- d) Отечность

216. Какой метод визуализации чаще всего используется для диагностики заболеваний артерий?

- a) Рентгенография
- b) Ультразвуковое исследование
- c) Компьютерная томография
- d) Магнитно-резонансная томография

217. Какой из перечисленных симптомов является наиболее характерным для тромбоза?

- a) Ощущение тяжести в ногах
- b) Отек и покраснение кожи
- c) Изменение цвета ногтей
- d) Повышенная температура тела

218. Какой метод исследования является наиболее информативным для диагностики заболеваний вен?

- a) Рентгенография
- b) Ультразвуковое дуплексное сканирование
- c) Компьютерная томография
- d) Магнитно-резонансная томография

219. Какое из следующих заболеваний может привести к развитию венозной недостаточности?

- a) Артериальная гипертензия
- b) Варикозное расширение вен
- c) Атеросклероз
- d) Диабетическая ангиопатия

220. Какой из следующих факторов риска наиболее значим для развития варикозного расширения вен?

- a) Курение
- b) Низкая физическая активность
- c) Высокий уровень холестерина
- d) Частое употребление алкоголя

221. Какой из методов лечения варикозного расширения вен является минимально инвазивным?

- a) Флебэктомия

- b) Склеротерапия
- c) Лазерная коагуляция
- d) Операция по удалению вен

222. Какой из следующих симптомов может указывать на наличие глубокого венозного тромба?

- a) Зуд кожи
- b) Ощущение жжения
- c) Внезапный отек одной ноги
- d) Холод в конечностях

223. Какой из следующих факторов может способствовать развитию хронической венозной недостаточности?

- a) Увеличение физической активности
- b) Ношение компрессионного трикотажа
- c) Длительное стояние или сидение
- d) Снижение массы тела

224. Какой из следующих симптомов является наиболее характерным для свища?

- А) Острая боль
- В) Выделение гноя
- С) Увеличение температуры тела
- D) Наличие свищевого отверстия

225. Какой из следующих методов диагностики является наиболее информативным для выявления трофических язв?

- А) Ультразвуковое исследование
- В) Рентгенография
- С) Магнитно-резонансная томография
- D) Клинический осмотр

226. Боли в покое в пораженной конечности при атеросклерозе артерий нижних конечностей соответствуют следующей стадии ишемии по классификации Покровского-Фонтейна:

- a) I
- б) IIА
- в) IIВ
- г) III**
- д) IV

227. Укажите наиболее эффективный способ консервативного лечения варикозной болезни вен нижних конечностей:

- a) медикаментозная флеботропная терапия
- б) физиотерапия
- в) лечебная физкультура
- г) компрессионная терапия**

д) антибактериальная терапия

228. Некротическая стадия тромбоэмболии магистральных артерий по Савельеву В.С. наступает через:

- А) 6-12 ч;
- Б) 12-24 ч;
- В) 24-48 ч (+);
- Г) 48-72 ч;
- Д) 72 ч и более.

229. Причины хронической артериальной недостаточности (несколько вариантов ответа):

- А) разрыв артерии при травме;
- Б) облитерирующий атеросклероз (+) ;
- В) болезнь Бюргера (+);
- Г) облитерирующий эндартериит (+);
- Д) эмболия.

230. При стадии IIб хронической ишемии по А.В. Покровскому перемежающаяся хромота наступает:

- А) более чем через 200 м;
- Б) боль в покое;
- В) менее чем через 200 м (+);
- Г) через 1000 м.

231. Факторы, влияющие на степень развития острой ишемии конечностей (несколько вариантов ответа):

- А) сопутствующий артериальный спазм (+);
- Б) продолженный тромбоз (+);
- В) наличие варикозно расширенных вен;
- Г) степень развития коллатералей (+);
- Д) состояние центральной гемодинамики (+).

232. Клинические признаки нежизнеспособности конечности (несколько вариантов ответа):

- А) пятнистый или диффузный цианоз на пораженной конечности (+);
- Б) отсутствие пульсации на артерии тыла стопы;
- В) полная потеря чувствительности и двигательной активности (+);
- Г) при пальпации – затвердение мышц (+);
- Д) бледность кожных покровов на пораженной конечности.

233. Причины хронической артериальной недостаточности:

- 1) Облитерирующий атеросклероз +
- 2) Облитерирующий тромбангиит +
- 3) Неспецифический аортоартериит +
- 4) Болезнь Рейно +
- 5) Посттромбофлебитическая болезнь.+

234. Симптомы хронической артериальной недостаточности:

- 1) Онемение и похолодание нижних конечностей+
- 2) Боли при ходьбе+
- 3) сухость и десквамация кожи+
- 4) Исчезновение волосяного покрова+
- 5) Отеки голени и стопы+

235. Симптомы хронической артериальной недостаточности

- 1) «Перебегающая хромота»+
- 2) Атрофия мышц, кожи и подкожно-жировой клетчатки +
- 3) Парестезии+
- 4) Трофические язвы в области внутренней поверхности нижней трети голени+
- 5) Остеопороз+

236. Симптомы хронической артериальной недостаточности

- 1) Симптом «пустого пальца» или «пустой пятки»+
- 2) Трещины кожи стопы+
- 3) Некротические изменения - язвы пяточной области и фаланг пальцев+
- 4) Тяжесть в ногах, распирающая боль в стопе и голени, усиливающаяся к вечеру
- 5) дистальная гангрена+

237. Что такое «перебегающая хромота»:

- 1) Боли при нагрузке и в покое +
- 2) Боли сжимающего характера в икроножных мышцах возникают при ходьбе по ровному месту обычно внезапно и быстро не проходят
- 3) Больной вынужден остановиться+
4. Боли распирающего характера в стопе и голени, уменьшаются или проходят при возвышенном положении конечности+
5. При подъёме в гору или по лестнице боли возникают быстрее.+

238. Характеристика «перебегающей хромоты»:

- 1) Боль при ходьбе не сильная, тяжесть в стопах и голени, движение возможно +
- 2) Боль в голени сильная, вынужденная остановка+
- 3) Боль в ягодичной области и бедре при ходьбе+
- 4) Боль распирающего характера в стопе и нижней трети голени, которая сопровождается отеком и усиливается при длительном стоянии+
- 5) Боль в стопе при ходьбе+

239. Сколько стадий хронической артериальной недостаточности по классификации Фонтейна-Покровского:

- 1) 3
- 2) 4
- 3) 5+
- 4) 2
- 5) 6

240. Классификация хронической артериальной недостаточности по Фонтейну-Покровскому:

- 1) Лимитирующая перемежающаяся хромота- ПА стадия+
- 2) I стадия: боли в состоянии покоя
- 3) II стадия: не лимитирующая и не постоянная перемежающаяся хромота
- 4) IV стадия: Гангренозно-язвенная+
- 5) ПБ – отечно-болевая стадия.

241. Дистанция ходьбы при II А стадии хронической артериальной недостаточности:

- 1) Дистанция без боли обычным шагом >200 м+
- 2) Дистанция без боли < 200 м.
- 3) Дистанция без боли менее 100 м
- 4) Дистанция без боли менее 50 м
- 5) Дистанция без боли более 500 м

242. Дистанция ходьбы при II Б стадии хронической артериальной недостаточности:

- 1) Дистанция без боли обычным шагом >200 м
- 2) Дистанция без боли < 200 м.+
- 3) Дистанция без боли менее 100 м
- 4) Дистанция без боли менее 50 м
- 5) Дистанция без боли более 500 м

243. Клинические проявления при III стадии хронической артериальной недостаточности:

- 1) Боли в состоянии покоя, постоянная боль в покое, требующая обезболивания в течение 2 недель и более+
- 2) Дебют болей в ночное время суток+
- 3) Трофические язвы, дистальная гангрена
- 4) При опускании ноги вниз характерно стихание боли+
- 5) Развивается гипостатический отёк, характерна бледность и цианотичность стопы+

244. Клинические проявления при IV стадии хронической артериальной недостаточности:

- 1) Постоянная боль в покое, требующая обезболивания в течение 2 недель и более, при опускании ноги вниз характерно стихание боли +
- 2) Дебют болей в ночное время суток+
- 3) Трофические язвы, дистальная гангрена+
- 4) Дистанция без боли < 200 м
- 5) Развивается гипостатический отёк, характерна бледность и цианотичность стопы+

245. Пульсацию сосудов определяют на:

- 1) Брюшной аорте
- 2) Бедренной артерии
- 3) Подколенной вене
4. Задней большеберцовой артерии
- 5) Передней большеберцовой артерии

246. Специальные инструментальные методы исследования при хронической артериальной недостаточности:

- 1) Ультразвуковая доплерография +
- 2) Эхокардиография
- 3) Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование +
- 4) КТ ангиография+
- 5) Ангиография. +

247. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика хронической артериальной недостаточности:

- 1) Хроническая венозная недостаточность+
- 2) Невралгии+
- 3) Артриты и артрозы+
- 4) Рожистое воспаление
5. Хронический остеомиелит бедра

248. Тактика лечения при хронической артериальной недостаточности:

- 1) Консервативное лечение - I стадия, II A стадия(при ЛПИ 0,6-0,9)+
- 2) Реконструктивная операция- II Б, III стадия+
- 3) Консервативное лечение- II Б, III стадия
- 4) Реконструктивная операция + некрэктомия, ампутация- IV стадия+
- 5) Реконструктивная операция- I стадия, II A стадия(при ЛПИ 0,6-0,9)

249. Консервативное лечение:

- 1) Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, тиклид, клопидогрель (плавикс)+
- 2) Липидоснижающая терапия (препараты группы статинов - липостабил, ловастатин (мевакор), липоболит). +
- 3) Активация метаболических процессов (трентал, актовегин, солкосерил, витамины)+
- 4) Компрессионный трикотаж, эластическое бинтование ног
- 5) Сосудорасширяющая терапия+

250. Операции при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей:

- 1) Резекция с протезированием (синтетическим протезом или аутовеной)
- 2) Шунтирование
- 3) Аортокоронарное шунтирование
- 4) Эндартерэктомия с пластикой
- 5) Баллонная ангиопластика

251. Операции при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей:

- 1) Стентирование артерий+
- 2) Аортобедренное шунтирование+
- 3) Аортобедренное протезирование+
- 4) Резекция бедренной вены
- 5) Флебэктомия

252. Причины острой артериальной недостаточности:

- 1) Эмболия+
- 2) Острый артериальный тромбоз +
- 3) Флеботромбоз
- 4) Тромбофлебит
- 5) Спазм +

253. Клинические проявления острой артериальной недостаточности:

- 1) Боль в поражённой конечности
- 2) Чувство онемения, парестезии
- 3) Синюшность кожных покровов поражённой конечности
- 4) Бледность и прохладность кожи поражённой конечности
- 5) Гиперемия кожи поражённой конечности

254. Клинические проявления острой артериальной недостаточности:

- 1) Изменение окраски кожных покровов+
- 2) Отсутствие пульса артерий дистальнее окклюзии+
- 3) Расстройство поверхностной и глубокой чувствительности, от лёгкого снижения до полной анестезии+
- 4) Выраженный отек до паховой складки
- 5) Нарушение активных движений в виде снижения мышечной силы (парез) или отсутствия активных движений (паралич)+

255. Клинические проявления острой артериальной недостаточности:

- 1) Боль в поражённой конечности+
- 2) Болезненность при пальпации ишемизированных мышц при тяжёлой ишемии.+
- 3) Субфасциальный отёк, не распространяется выше коленного сустава+
- 4) Местное повышение температуры кожи конечности
- 5) Ишемическая мышечная контрактура+

256. Дополнительные инструментальные методы исследования:

- 1) Дуплексное ангиосканирование с определением лодыжечно-плечевого индекса+
- 2) КТ ангиография+
- 3) МРТ флебография
- 4) Ангиография+
- 5) Эхокардиография

257. Классификация острой артериальной недостаточности по В.С. Савельеву:

- 1) Чувство похолодания, онемения, парестезии- I А стадия+
- 2) Расстройства чувствительности и движений — парез- I Б стадия
- 3) Присоединяется боль в дистальных отделах конечности- II А стадия
- 4) расстройства чувствительности и движений — парез- II Б стадия+
- 5) Субфасциальный отек- II В стадия+

258. Классификация острой артериальной недостаточности по В.С. Савельеву:

- 1) Парциальная мышечная контрактура- III Б стадия
- 2) тотальная мышечная контрактура- III А стадия
- 3) Расстройства чувствительности и движений — парез- II А стадия+

- 4) Субфасциальный отек- II В стадия+
- 5) Присоединяется боль в дистальных отделах конечности- I Б стадия+

259. Классификация острой артериальной недостаточности по В.С. Савельеву:

- 1) Парциальная мышечная контрактура- III А стадия+
- 2) тотальная мышечная контрактура- III Б стадия+
- 3) Субфасциальный отек- II А стадия
- 4) Чувство похолодания, онемения, парестезии- I Б стадия
- 5) Присоединяется боль в дистальных отделах конечности- I Б стадия+

260. Виды оперативных вмешательств:

- 1) Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава+
- 2) Бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава+
- 3) Бедренно-тибиальные шунтирования. +
- 4) Тромбинтимэктомия и эмболэктомия+
- 5) Поясничная симпатэктомия

261. Тактика ведения пациента в зависимости от степени острой ишемии нижних конечностей при эмболии:

- 1) 1 степень- экстренная или отсроченная эмболэктомия 24 ч+
- 2) 2 А степень -экстренная реваскуляризирующая операция
- 3) 2 Б – экстренная эмболэктомия
- 4) 2 В- экстренная реваскуляризирующая операция+фасциотомия+
- 5) 3 А - экстренная реваскуляризирующая операция+фасциотомия+некрэктомия, отсроченная дистальная ампутация. +

262. Тактика ведения пациента в зависимости от степени острой ишемии нижних конечностей при тромбозе:

- 1) 1 степень- комплексное консервативное лечение, тромболизис, возможно реваскуляризирующая операция в плановом порядке+
- 2) 2 А- комплексная консервативная терапия, при отрицательной динамике экстренная реваскуляризация в течение 24 часов+
- 3) 2 Б- экстренная реваскуляризирующая операция+фасциотомия
- 4) 2 В - экстренная реваскуляризирующая операция
- 5) 3 Б – Экстренная первичная высокая ампутация до развития гангрены. +

РАЗНОЕ

263.Профилактик какой специфической хирургической инфекции необходимо проводить у пациентов с ожогами?

- 1. Стафилококковой
- 2. Стрептококковой
- 3. Микобактериальной
- 4. Сибирская язва
- 5. Столбняк +

264. К стадиям местной анестезии не относится

1. Введение анестетика
2. Выжидание
3. Засыпание +
4. Полное обезболивание
5. Восстановление чувствительности

265. Профилактику какой специфической хирургической инфекции необходимо проводить у пациентов с отморожением?

1. Стафилококковой
2. Стрептококковой
3. Микобактериальной
4. Туляремии
5. Столбняка +

266. Сколько длится катаболическая фаза послеоперационного периода

1. 3-7 дней
2. 1-3 дня
3. 20-30 дней

267. В первые 2 суток послеоперационного периода возможно развитие осложнений:

1. кровотечение
2. острая сосудистая недостаточность
3. острая сердечная недостаточность
4. нагноение послеоперационной раны
5. развитие пролежней

268. Сроки наложения вторичных поздних швов:

1. 15-30 суток
2. 1-3 дня
3. 3-5 дней
4. 5-10 дней

269. Какие симптомы характерны при эпидуральной гематоме:

1. расширение зрачка на стороне поражения
2. расширение зрачка на противоположной стороне
3. на противоположной стороне исчезают двигательные рефлексы
4. двигательные рефлексы исчезают на стороне поражения.

270. Сколько фаз воспалительного процесса:

1. 1
2. 2.
3. 3
4. 4.

271. Накладывают ли первичные швы на огнестрельные раны?:

1.да

2.нет

272. При каком заболевании наблюдается симптом Александра:

1.туберкулез костей

2.сифилис

3.актимикоз

4.столбняк

273. При определении группы крови при помощи цоликлонов агглютинация с цоликолонами анти-А и анти-В свидетельствует о том, что перед нами:

а) первая группа крови

б) вторая группа крови

в) третья группа крови

г) четвертая группа крови

д) необходимо проведение пробы с физиологическим раствором на неспецифическую агглютинацию

274. Выберите хирургические заболевания, требующие экстренного хирургического лечения:

а) неущемленная паховая грыжа

б) острый аппендицит

в) сухая гангрена стопы

г) абсцесс голени

д) острый гнойный нелактационный мастит

275. Виды местной анестезии (несколько вариантов ответа):

а) инфильтрационная (+)

б) проводниковая (+)

в) ингаляционная

г) поверхностная (+)

276. Профилактика рвоты и регургитации во время наркоза:

а) удаление содержимого желудка с помощью зонда (+)

б) использование приема Селика (+)

в) удаление зубных протезов перед наркозом

г) внутривенное введение Церукала

277. Недостатки масочного наркоза (несколько вариантов ответа):

а) трудная управляемость (+)

б) значительный расход наркотических препаратов (+)

в) отсутствие стадии возбуждения

г) риск развития аспирационных осложнений (+)

д) токсичность из-за глубины наркоза (+)

е) возможное механическое повреждение трахеи

278. Укажите стадии наркоза в последовательности:

- а) 1.возбуждение, 2.аналгезия, 3.хирургическая стадия, 4.пробуждение
- б) 1.аналгезия, 2.нейролептическая стадия, 3.возбуждение, 4.хирургическая стадия, 5.пробуждение
- в) 1.аналгезия, 2.возбуждение, 3.хирургическая стадия, 4.пробуждение (+)

279. Какие корешки спинного мозга блокируются при спинномозговой анестезии:

- А) только чувствительные;
- Б) только двигательные;
- В) чувствительные и двигательные (+).

280. Между какими остистыми отростками позвонков необходимо выполнить пункцию при эпидуральной анестезии:

- А) LIII и LIV или LII и LIII;
- Б) LII и LIII;
- В) LI и LII или LII и LIII;
- Г) на любом уровне (+).

ПЕРИТОНИТ

281. Метод лапаростомии применяют при

- 1. Остром аппендиците
- 2. Остром панкреатите
- 3. При распрстранённом послеоперационном перитоните +
- 4. При липосакции
- 5. После шунтирующих операция на органах желудочно-кишечного тракта

282. Для реактивной стадии перитонита не характерно

- 1. Выраженный болевой синдром;
- 2. Слабовыраженный парез кишечника;
- 3. Лихорадка соответственно объёму деструкции в брюшной полости;
- 4. высокий лейкоцитоз (в среднем 12×10^9 /л);
- 5 отклонение ЛИИ выше 4,5 +

283.К методам лечения пареза кишечника при перитоните не относятся

- 1. очистительная клизма
- 2. стимуляция прозеринном
- 3. стимуляция убретидом
- 4. перидуральный блок
- 5. атропинизация +

284.Основными этапами операции при перфоративном перитоните не является

- 1. устранение источника перитонита
- 2. санация брюшной полости
- 3. декомпрессия кишечника

4. дренирование брюшной полости
5. хирургическое лечение выявленной сопутствующей патологии +

285. Для разлитого перитонита не характерно:

1. тахикардия
2. сухой язык
3. напряжение мышц передней брюшной стенки
4. отсутствие перистальтики кишечника
5. Диарея +

286. При перитоните выполняются операции:

1. отсроченная
2. плановая
3. срочная
4. Экстренная +
5. Отложенная

287. Лучшим вариантом лечения абсцесса брюшной полости является:

1. консервативное лечение
2. внебрюшинное вскрытие и дренирование +
3. лапаротомия, вскрытие и тампонирувание полости абсцесса
4. пункция гнойника толстой иглой
5. рентгенотерапия

288. Фибринозных наложений на брюшине меньше всего бывает при перитоните:

1. серозном +
2. фибринозном
3. гнойном
4. гнилостном
5. Желчном

289. Гнойно фибринозный разлитой перитонит препятствует выполнению:

1. ушивания перфорации
2. резекции желудка +
3. удалению пиосальпинкса
4. аппендэктомии
5. резекции тонкой кишки

290. К методам детоксикации при перитоните не относятся

1. плазмотрансфузия +
2. плазмоферез
3. желудочный диализ
4. кишечный диализ
5. интестинальная интубация

291. Перитонит может быть следствием перечисленных заболеваний, кроме:

1. перфорации язвы желудка
2. острого аппендицита
3. метастатического поражения печени +
4. ущемления грыжи
5. острого панкреатита

292. Для перитонита не характерно:

1. напряжение мышц брюшной стенки
2. симптом Курвуазье +
3. симптом Щеткина-Блюмберга
4. задержка отхождения газов
5. Рвота

293. Реактивная стадия прободного перитонита продолжается:

1. до 12 часов +
2. 24 часа
3. 48 часов
4. 72 часа
5. более 72 часов

294. Определяющим симптомом перитонита из перечисленных является:

1. рвота
2. боли в животе
3. кровавый стул
4. задержка стула и газов
5. напряжение мышц передней брюшной стенки +

295. Симптомами общего перитонита являются (один ответ лишний):

1. симптом Щеткина - Блюмберга
2. френикус - симптом
3. притупление перкуторного звука в отлогих частях живота
4. усиленная перистальтика +
5. напряжение мышц брюшной стенки

296. Симптом Щеткина - Блюмберга:

1. усиление болей при быстром отнятии руки при пальпации +
2. поколачивание кончиками пальцев по передней брюшной стенке
3. болезненность в реберно-позвоночном углу слева
4. ослабление пульсации брюшной стенки
5. локальная болезненность при пальпации

297. При абсцессе дугласова пространства показано:

1. пункция через брюшную стенку
2. лечебные клизмы
3. вскрытие через брюшную стенку

4. пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку +
5. консервативное лечение

298.Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

1. перитониту аппендикулярного происхождения
2. жировому панкреонекрозу +
3. перитониту при перфоративной язве
4. перитониту при некрозе кишки
5. перитониту при перфорации желчного пузыря

299.При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:

1. при перфорации язвы желудка
2. при перфорации червеобразного отростка
3. при аднексите
4. гематогенным путем +
5. при ранении кишечника

300.Самой частой причиной разлитого перитонита является:

1. острый холецистит
2. прободная язва +
3. сальпингит
4. странгуляция тонкой кишки
5. рак желудка

301.Наиболее тяжелой формой перитонита является:

1. мочевого
2. гинекологический
3. гемоперитонеум
4. желчный
5. Толстокишечный +

302.При подозрении на перитонит показано:

1. диагностическая лапароскопия +
2. тепловые процедуры
3. введение анальгетиков
4. экстренная ФГДС
5. срочная колоноскопия

303.Меньше всего поддиафрагмальному абсцессу соответствует:

1. боль в правой половине грудной клетки, связанная с дыханием
2. болезненность при надавливании в области нижних ребер
3. гектическая температура
4. чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости +
5. расширение границ печеночной тупости

304.Окрашенная желчью жидкость в брюшной полости не наблюдается при:

1. перфорации желчного пузыря
2. разрыве тощей кишки
3. травматическом разрыве 12-перстной кишки
4. перфорации язвы 12-перстной кишки
5. перфорации ободочной кишки +

305. При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения не выполняется

1. срединная лапаротомия
2. аппендэктомия
3. промывание брюшной полости
4. дренирование брюшной полости
5. разрез Волковича-Дьяконова +

306. К методам медикаментозного лечения разлитого перитонита не относятся

1. антибактериальная терапия
2. дезинтоксикационная терапия
3. нормализация КЩС
4. Гемотрансфузии +
5. стимуляция кишечника

307. Быстрое развитие перитонита у больных кишечной непроходимостью развивается при:

1. обтурационной непроходимости
2. странгуляционной непроходимости +
3. паралитической непроходимости
4. спастической непроходимости
5. констрикционной непроходимости

308. При перфоративной язве, осложненной разлитым гнойным перитонитом, опасно выполнять:

1. срединную лапаротомию
2. ушивание язвы
3. промывание брюшной полости
4. дренирование брюшной полости
5. резекцию желудка +

309. Наиболее достоверный признак перитонита:

1. болезненность живота при пальпации
2. неотхождение газов и кала
3. рвота
4. симптом Щеткина-Блюмберга +
5. Гипотония

310. При поддиафрагмальном абсцессе может иметь место все, кроме:

1. снижения дыхательной экскурсии легких
2. высокого стояния купола диафрагмы
3. содружественного выпота в плевральную полость
4. болей, иррадирующих в надключичную область
5. Диареи +

311. Фибринозных наложений на брюшине не бывает при перитоните:

1. серозном +
2. фибринозном
3. гнойном
4. гнилостном
5. разлитом прободном

312. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:

1. туберкулезного перитонита +
2. нарушенной внематочной беременности
3. мезентериального тромбоза
4. панкреонекроза
5. перекрученной кисты яичника

313. Срединную лапаротомию необходимо проводить при:

1. разлитом перитоните +
2. местном перитоните
3. абсцессе Дугласова пространства
4. аппендикулярном инфильтрате
5. поддиафрагмальном абсцессе

314. Выявление геморагического выпота в брюшной полости и очагов жирового некроза на брюшине позволяет думать:

1. о повреждении полого органа
2. о разрыве печени
3. о геморагическом панкреонекрозе +
4. о перфоративной язве желудка
5. о некрозе кишки

315. Основными этапами операции при перфоративном перитоните не являются

1. остановка кровотечения +
2. устранение источника перитонита
3. санация брюшной полости
4. декомпрессия кишечника
5. дренирование брюшной полости

316. Фибринозных наложений на брюшине бывает при перитоните 1. серозном +

2. фибринозном
3. гнойном

4. гнилостном
5. Каловом

317. Среди причин местного перитонита на первом месте стоит заболевание:

1. аппендицит+
2. перфорация тонкой кишки
3. деструктивный панкреатит
4. перфоративная язва желудка
5. мезентериальный тромбоз с некрозом кишечника

318. Самой частой причиной разлитого перитонита является:

1. острый аппендицит
2. прободная язва+
3. сальпингит
4. разрыв кисты яичника
5. острый холецистит

319. Для перитонита не характерны:

1. напряжение мышц брюшной стенки
2. Брадикардия+
3. учащение пульса
4. задержка отхождения газов
5. Рвота

320. Перитонит может быть следствием перечисленных заболеваний, кроме:

1. перфорации дивертикула Меккеля
2. деструктивного холецистита
3. стеноза большого дуоденального соска +
4. рихтеровского ущемления грыжи
5. острой кишечной непроходимости

321. Оптимальным вариантом лечения абсцесса брюшной полости является:

1. только антибактериальная терапия
2. внебрюшинное вскрытие и дренирование +
3. лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
4. только рентгенотерапия
5. только физиотерапия

322. При отсутствии явной причины возникновения перитонита он носит название:

1. асептический
2. первичный
3. вторичный
4. криптогенный +
5. Экзогенный

323. Для терминальной стадии разлитого перитонита не характерно:

1. боль
2. "лицо Гиппократ"
3. симптом "гробовой тишины"
4. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
5. усиленная перистальтика+

324. Ограниченным перитонитом является (один ответ лишний):

1. абсцесс Дугласова пространства
2. поддиафрагмальный абсцесс
3. межпетельный абсцесс
4. абсцесс печени+
5. подпеченочный абсцесс

325. При перитоните не наблюдается:

1. сухость языка
2. мелена+
3. нарастающая полиорганная недостаточность
4. выраженные симптомы раздражения брюшины
5. боли в животе

326. Наиболее важным в лечении перитонита не является :

1. антибактериальная терапия
2. ликвидация источника перитонита
3. мини-доступ при оперативном лечении+
4. дренирование брюшной полости
5. перидуральный блок

327. Симптом подпеченочного гнойника (один ответ лишний):

1. гектическая лихорадка
2. лейкоцитоз со сдвигом влево
3. положительный симптом Орнтера
4. тенезмы+
5. боль в правом подреберье

328. Симптом гнойника Дугласова пространства (один ответ лишний):

1. гектическая лихорадка
2. лейкоцитоз со сдвигом влево
3. тенезмы
4. запоры+
5. пальпируемое per rectum образование

329. Местный перитонит характеризуется воспалением областей брюшной полости:

1. одной-двух+
2. двух-трех
3. трех-четырех

4. четырех-пяти
5. пяти-шести

330.Общий перитонит характеризуется наличием воспаления в топографо-анатомических областях брюшной полости:

1. одной области
2. 1-2 областях
3. 3-4 областях
4. свыше 6 областей+
5. до 5 областей

331.Признаками гнойного воспаления брюшины малого таза не являются

1. боль при надавливании на переднюю стенку прямой кишки у мужчин
2. боль при надавливании на заднюю стенку влагалища у женщин
3. боли при смещении шейки матки
4. нависание передней стенки прямой кишки
5. зияние сфинктера прямой кишки+

332.Наиболее информативное исследование для диагностики перитонита:

1. компьютерная томография
2. обзорная рентгенография брюшной полости
3. лапароскопия+
4. ФГДС
5. УЗИ брюшной полости

333. Какое из следующих определений наиболее точно описывает перитонит?

- а) Воспаление почек
- б) Воспаление слизистой желудка
- в) Воспаление брюшной полости
- г) Воспаление кишечника
- д) Воспаление поджелудочной железы

334. Какая из перечисленных причин наиболее часто вызывает первичный перитонит?

- а) Травма брюшной полости
- б) Сепсис
- в) Разрыв кишечника
- г) Острый аппендицит
- д) В результате гематогенного или лимфогенного инфицирования брюшной полости

335. Какой симптом наиболее характерен для острого перитонита?

- а) Боль в пояснице
- б) Отек нижних конечностей
- в) Резкая боль в животе
- г) Затрудненное мочеиспускание

д) Жжение в пищеводе

336. Что такое «перитонеальная реакция»?

- а) Покраснение и отек кожи живота
- б) Спазмы желудка
- в) Болезненность и напряжение передней брюшной стенки
- г) Учащенное сердцебиение
- д) Лихорадка

337. Какой лабораторный показатель чаще всего повышается при перитоните?

- а) Креатинин
- б) АЛТ
- в) Лейкоциты
- г) Глюкоза
- д) Железо

338. Какой лабораторный показатель чаще всего повышается при перитоните?

- а) Креатинин
- б) АСТ
- в) С-реактивный белок
- г) Калий
- д) Натрий

339. Что из перечисленного является основной причиной вторичного перитонита?

- а) Бактериальная инфекция, проникающая через кровь
- б) Проникновение бактерий из желудочно-кишечного тракта
- в) Грибковая инфекция
- г) Аллергическая реакция
- д) Паразитарное заражение

340. Какой метод диагностики является наиболее точным для подтверждения диагноза перитонита?

- а) УЗИ брюшной полости
- б) Анализ мочи
- в) ЭКГ
- г) Компьютерная томография (КТ) брюшной полости
- д) Анализ кала

341. Что из перечисленного НЕ является причиной перитонита?

- а) Перфорация язвы желудка
- б) Травма брюшной полости
- в) Хронический панкреатит

- г) Перфорация аппендикса
- д) Перфорация кишечника

342. Какой симптом является признаком перитонита?

- а) Учащенное мочеиспускание
- б) Сонливость и слабость
- в) Рвота и боли в животе
- г) Пожелтение кожи
- д) Учащенное дыхание

343. Какой из методов является хирургическим лечением перитонита?

- а) Антибиотикотерапия
- б) Промывание желудка
- в) Лапаротомия
- г) Инфузионная терапия
- д) Противовирусная терапия

344. Какое осложнение является наиболее частым при перитоните?

- а) Кишечная непроходимость
- б) Гастрит
- в) Панкреатит
- г) Ларингит
- д) Трахеит

345. Основной признак перитонита на рентгеновском снимке?

- а) Затемнение легких
- б) Скопление газа под куполом диафрагмы
- в) Наличие жидкости в плевральной полости
- г) Утолщение стенок кишечника
- д) Утолщение стенок мочевого пузыря

346. Какой тип боли характерен для перитонита?

- а) Жгучая
- б) Тянущая
- в) Режущая, интенсивная
- г) Колющая
- д) Острая, приступообразная

347. Какое из следующих состояний может привести к перитониту?

- а) Пневмония
- б) Инфаркт миокарда
- в) Язвенная болезнь желудка

- г) Анемия
- д) Пиелонефрит

348. Какой из следующих факторов повышает риск развития перитонита?

- а) Артериальная гипертензия
- б) Сахарный диабет
- в) Пониженный уровень билирубина
- г) Хронический пиелонефрит
- д) Повышенный уровень калия

349. Какой механизм боли характерен для перитонита?

- а) Спастический
- б) Воспалительный
- в) Невропатический
- г) Циркуляторный
- д) Психогенный

350. Какой из симптомов НЕ относится к признакам перитонита?

- а) Боль в животе
- б) Вздутие живота
- в) Лихорадка
- г) Мелена
- д) Потеря аппетита

351. Какой признак является патогномоничным для перитонита?

- а) Спазмы
- б) Симптом Щеткина-Блюмберга
- в) Тошнота
- г) Изжога
- д) Лихорадка

352. Какой анализ может быть проведен для диагностики перитонита?

- а) Биопсия печени
- б) Лапароскопия
- в) МРТ головы
- г) Рентген грудной клетки
- д) ЭКГ

353. Какая из фаз перитонита сопровождается наиболее выраженными симптомами?

- а) Субклиническая
- б) Реактивная
- в) Токсическая

- г) Терминальная
- д) Хроническая

354. Какой метод хирургического лечения используется при диагностическом подозрении на перитонит?

- а) Открытая лапаротомия
- б) Криодеструкция
- в) Биопсия печени
- г) Лапароскопия
- д) Гастроскопия

355. Какая микрофлора чаще всего вызывает вторичный перитонит?

- а) Вирусы
- б) Грибы рода Candida
- в) Кишечная палочка
- г) Стафилококк
- д) Хеликобактер пилори

356. Что из перечисленного считается ранним признаком перитонита?

- а) Головная боль
- б) Снижение артериального давления
- в) Резкая боль в животе
- г) Пожелтение кожи
- д) Одышка

357. При каком типе перитонита обнаруживается значительное скопление жидкости в брюшной полости?

- а) Серозный
- б) Геморрагический
- в) Гнойный
- г) Фибринозный
- д) Фибринозно-гнойный

358. Какой из следующих признаков наиболее характерен для терминальной стадии перитонита?

- а) Боль в животе при движении
- б) Повышение аппетита
- в) Снижение артериального давления и сознания
- г) Потеря аппетита
- д) Учащенное дыхание

359. Какой метод лучше всего подходит для удаления инфицированной жидкости из брюшной полости?

- а) Пероральные антибиотики
- б) Промывание желудка
- в) Перитонеальный диализ
- г) Инфузионная терапия
- д) Внутривенное введение солевого раствора

360. Какая основная цель хирургического лечения перитонита?

- а) Устранить инфекцию из дыхательных путей
- б) Удалить причину инфекции и очистить брюшную полость
- в) Восстановить нормальный уровень электролитов
- г) Улучшить функции печени
- д) Устранить боль

361. Какое из состояний может быть осложнением перитонита?

- а) Сепсис
- б) Панкреатит
- в) Гастрит
- г) Бронхит
- д) Фарингит

362. Какое из перечисленных методов НЕ используется для диагностики перитонита?

- а) Лапароскопия
- б) УЗИ брюшной полости
- в) Рентгенография грудной клетки
- г) Анализ крови на лейкоцитоз
- д) Рентгенография брюшной полости

363. Какой из анализов может указывать на бактериальный характер перитонита?

- а) Повышенный уровень глюкозы
- б) Лейкоцитоз
- в) Увеличение уровня билирубина
- г) Снижение уровня гемоглобина
- д) Увеличение уровня ферритина

364. Какое лечение часто используется при перитоните для профилактики осложнений?

- а) Терапия инсулином
- б) Химиотерапия
- в) Антибиотикотерапия
- г) Антикоагулянты

д) Антигистаминные препараты

365. Что из следующего может быть причиной перфоративного перитонита?

- а) Панкреатит
- б) Травма селезенки
- в) Перфорация язвы желудка
- г) Гепатит
- д) Дисбактериоз

366. Какое из перечисленных проявлений характерно для токсической стадии перитонита?

- а) Тахикардия, снижение артериального давления и интоксикация
- б) Полное отсутствие симптомов
- в) Легкая боль в животе и отсутствие рвоты
- г) Повышение аппетита и жажда
- д) Одышка и кашель

367. Перитонит может быть следствием перечисленных заболеваний, кроме:

- а) Перфорации язвы желудка
- б) Острого аппендицита
- в) Метастатического поражения печени
- г) Ущемления грыжи
- д) Острого панкреатита

368. Для перитонита не характерно:

- а) Напряжение мышц брюшной стенки
- б) Симптом Курвуазье
- в) Симптом Щеткина-Блюмберга
- г) Задержка отхождения газов
- д) Рвота

369. При подозрении на перитонит показано:

- а) Диагностическая лапароскопия
- б) Тепловые процедуры
- в) Введение анальгетиков
- г) Экстренная ФГДС
- д) Срочная колоноскопия

370. Фибринозных наложений на брюшине меньше всего бывает при перитоните:

- а) Серозном
- б) Фибринозном
- в) Гнойном

- г) Гнилостном
- д) Разлитом прободном

371. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:

- а) Туберкулезного перитонита
- б) Нарушенной внематочной беременности
- в) Мезентериального тромбоза
- г) Панкреонекроза
- д) Перекрученной кисты яичника

372. Оптимальным вариантом лечения абсцесса брюшной полости является:

- а) Только антибактериальная терапия
- б) Внебрюшинное вскрытие и дренирование
- в) Лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
- г) Только рентгенотерапия
- д) Только физиотерапия

373. При отсутствии явной причины возникновения перитонита он носит название:

- а) Асептический
- б) Первичный
- в) Вторичный
- г) Криптогенный
- д) Экзогенный

374. Что имеет определяющее значение в патогенезе перитонита и определяет исход заболевания:

- А) болевой синдром;
- Б) источник перитонита;
- В) выраженность лейкоцитоза;
- Г) эндогенная интоксикация (+);
- Д) выраженность пареза кишечника.

375. Профилактика абдоминального компартмент-синдрома при перитоните (несколько вариантов ответа):

- А) фиксация застёжки-молнии к апоневрозу;
- Б) использование эластичных трубчатых амортизаторов (+);
- В) фиксация застёжки-молнии к коже (+);
- Г) программированный плазмоферез;
- Д) интубация кишечника (+).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

376. Обязательные методы исследования пациента перед операцией по поводу пупочной грыжи.

- а) Анализ мочи
- б) Эзофагогастроскопия
- в) Общий анализ крови
- г) Рентгенография легких

377. Какой метод исследования чаще всего используют для диагностики заболеваний органов брюшной полости?

- a. а) Колоноскопия
- b. б) КТ брюшной полости
- c. в) ПЭТ-сканирование
- d. г) ЭГДС
- e. д) Анализ мочи

378. Какой симптом является важным при осмотре больного с подозрением на острое заболевание брюшной полости?

- а) Бледность слизистых
- б) Покраснение кожи
- в) Напряжение мышц передней брюшной стенки
- г) Затрудненное мочеиспускание

379. Какой лабораторный показатель наиболее информативен для оценки воспаления у хирургических больных?

- а) Уровень ТТГ
- б) Уровень креатинина
- в) Уровень глюкозы
- г) С-реактивный белок (СРБ)
- д) Уровень холестерина

380. Какой из методов является золотым стандартом диагностики острых воспалительных процессов в брюшной полости?

- а) УЗИ
- б) ЭКГ
- в) КТ
- г) ПЭТ-сканирование
- д) МРТ

381. Какой метод диагностики часто применяют для оценки состояния костей и суставов у хирургических больных первым этапом диагностики?

- а) КТ
- б) МРТ
- в) ПЭТ
- г) ЭКГ
- д) Рентгенография

382. Какой из следующих признаков является критическим при диагностике синдрома "острого живота"?

- а) Задержка стула
- б) Боль при пальпации
- в) Затрудненное дыхание
- г) Повышенная жажда

383. Какой метод диагностики является наиболее информативным для выявления свободной жидкости в брюшной полости?

- а) УЗИ
- б) Рентгенография
- в) ЭКГ
- г) ФГДС
- д) ПЭТ

384. При пальпации живота у пациента с подозрением на острое заболевание наблюдается усиление боли при резком отведении руки. Как называется этот симптом?

- а) Симптом Кохера
- б) Симптом Щеткина-Блюмберга
- в) Симптом Мерфи
- г) Симптом Образцова
- д) Симптом Ровзинг

388. Какой анализ является важным для оценки состояния свертывающей системы крови у хирургических больных?

- а) Определение уровня креатинина
- б) Определение уровня холестерина
- в) Коагулограмма
- г) Определение уровня глюкозы
- д) Общий анализ крови

389. Какой из методов диагностики предпочтительнее использовать при подозрении на аппендицит?

- а) ПЭТ-сканирование
- б) ЭГДС
- в) УЗИ органов брюшной полости
- г) Колоноскопия

390. У пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей обязательным обследованием перед операцией является:

- а) Рентгенография
- б) УЗИ брюшной полости
- в) Ультразвуковая доплерография вен нижних конечностей
- д) ЭКГ

391. Какой метод диагностики наиболее точен для выявления абсцесса мягких тканей?

- а) ЭКГ
- б) УЗИ мягких тканей
- в) ЭГДС
- г) Рентгенография

392. Какой признак наиболее вероятно указывает на кровотечение у хирургического больного?

- а) Повышенная температура
- б) Бледность и тахикардия
- в) Изжога
- г) Покраснение кожи
- д) Боль в груди

393. Какой метод исследования наиболее информативен при диагностике пневмоторакса?

- а) УЗИ
- б) МРТ
- в) Рентгенография грудной клетки
- г) ПЭТ

394. Какой анализ необходимо провести перед хирургическим вмешательством для оценки уровня глюкозы?

- а) Коагулограмма
- б) Биохимический анализ крови
- в) Общий анализ крови
- г) Лабораторные пробы на ферменты печени
- д) Анализ мочи

395. Какой из симптомов характерен для внутреннего кровотечения?

- а) Жажда
- б) Повышенное артериальное давление
- в) Тахикардия и бледность
- г) Снижение температуры тела
- д) Одышка

396. Какой инструментальный метод предпочтителен для выявления внутрибрюшного кровотечения?

- а) Лапароскопия
- б) ЭГДС
- в) УЗИ
- г) МРТ

397. Какой симптом чаще всего наблюдается при прободении язвы желудка?

- а) Одышка
- б) Лихорадка
- в) Острая кинжальная боль
- г) Кашель
- д) Головокружение

398. Какой метод диагностики является наиболее информативным при подозрении на кишечную непроходимость?

- а) Колоноскопия
- б) ЭКГ
- в) Рентгенография брюшной полости
- г) Анализ мочи
- д) УЗИ брюшной полости

399. Какой показатель в общем анализе крови свидетельствует об инфекции?

- а) Повышение уровня тромбоцитов
- б) Лейкоцитоз
- в) Уровень креатинина
- г) Снижение уровня глюкозы

- д) Понижение уровня билирубина

400. При каком состоянии часто отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга?

- а) Пневмоторакс
- б) Перитонит
- в) Инфаркт миокарда
- д) Хронический холецистит

401. Какой метод наиболее информативен при подозрении на наличие жидкости в плевральной полости? (один и более ответов)

- а) УЗИ плевральных полостей
- б) Рентгенография грудной клетки
- в) МРТ ОГК
- д) Пальпация грудной клетки

402. Какое из следующих состояний может быть показанием к экстренному оперативному вмешательству?

- а) Легкая боль в животе
- б) Желтушность склер, кожных покровов, зуд
- г) Периодическая головная боль
- д) Одышка

403. Какой симптом может свидетельствовать о развитии абсцесса брюшной полости?

- а) Учащенное мочеиспускание
- б) Постоянная боль в животе, усиливающаяся при движении
- в) Понижение аппетита
- г) Повышенное потоотделение
- д) Сухость во рту

404. Какой метод исследования предпочтителен при подозрении на острую сосудистую патологию брюшной полости?

- а) Ангиография брюшной аорты
- б) Рентгенография

- в) УЗИ
- г) Лапароскопия

405. Какой лабораторный показатель наиболее важен для оценки функции почек перед хирургическим вмешательством?

- а) АЛТ
- б) Креатинин
- в) Билирубин
- г) Холестерин

406. Какой из симптомов указывает на нарушение проходимости кишечника?

- а) Резкая боль в левом подреберье
- б) Задержка стула и газов
- в) Затрудненное мочеиспускание
- г) Повышенное артериальное давление

407. Какой из симптомов характерен для холедохолитиаза?

- а) Желтушность склер
- б) Желтушность кожных покровов
- в) Зуд
- г) Все ответы верны

408. Какой из симптомов наиболее характерен для аппендицита?

- а) Боль в левом подреберье
- б) Боль в правой подвздошной области
- в) Головокружение
- г) Кашель
- д) Покраснение лица

409.. Выберите метод(ы) выбора инструментальной диагностики острого гематогенного остеомиелита:

- а) рентгенография
- б) компьютерная томография
- в) магнитно-резонансная томография

- г) ультразвуковое исследование
- д) сцинтиграфия скелета
-

410. Для доброкачественной опухоли не характерно наличие признака

1. Экспансивный рост
2. Наличие капсулы
3. Не метастазируют
4. Тканевой атипизм
5. Инвазивный рост +

411. Для клинической диагностики опухолей не используется

1. Симптом «плюс ткань»
2. Синдром «патологических выделений»
3. Симптом Щеткина – Блюмберга +
4. Синдром «нарушения функции»
5. Синдром «малых признаков»

412. Рентгенологический признак – наличие серпа воздуха под правым куполом диафрагмы характерно для

1. Острой кишечной непроходимости
2. Острого аппендицита
3. Острого холецистита
4. Перфоративной язвы 12-перстной кишки+
5. Острого панкреатита

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

Институт Клинической медицины им. Н.В.Склифосовского
Кафедра Общей хирургии ИКМ

Методические материалы по дисциплине:
Общая хирургия

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

31.00.00 Клиническая медицина

31.05.01 Лечебное дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

(Выберите один правильный ответ)

1. ХИРУРГИЯ В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОЗНАЧАЕТ
 - О кровопускание;
 - У рукодействие;**
 - о лечение;
 - о рассечение;
 - о разрезание.
2. ОТЛИЧИЕ ХИРУРГИИ ОТ ДРУГИХ РАЗДЕЛОВ МЕДИЦИНЫ -
 - о использование технических средств;
 - о использование медикаментозных средств;
 - У сопряжённость лечения с нарушением целостности покровов;**
 - о проведение лечебных мероприятий по строгим показаниям;
 - о сопряжённость лечения с причинением физической боли.
3. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СДЕРЖИВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ:

- о хирургическая инфекция;
- о обезболивание;
- о восполнение кровопотери;
- о иммунологическая совместимость;
- о техническое обеспечение.

У все ответы правильные

4. В КОМПЕТЕНЦИЮ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ВХОДИТ ЛЕЧЕНИЕ:

- о кровотечения;
- о перитонита;
- о травмы внутренних органов;
- о ожоговой болезни;

У все верно.

5. ДИСЦИПЛИНЫ, ИЗУЧАЮЩИЕ ОТДЕЛЬНЫЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- о кардиохирургия;
- о нейрохирургия;
- о сосудистая хирургия;

У онкология;

о все не верно.

6. АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ МЕТОД НАУЧНО ОБОСНОВАЛ:

У Дж.Листер;

о Э.Бергман;

о И.Земмельвейс;

о Н.И.Пирогов.

7. ПОЯВЛЕНИЕ ЭФИРНОГО НАРКОЗА СВЯЗАНО С ИМЕНЕМ

о Н.И.Пирогова;

У.Мортон;

о В.Рентгена;

о А.Бира.

8. ДЕОНТОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ

о экономику медицины;

о аспекты страховой медицины;

У нравственные вопросы медицинской деятельности;

о психологию медработников.

9. СИНОНИМОМ ДЕОНТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ТЕРМИН

о экономика медицины;

У медицинская этика;

о медицинская психология;

о ответственность медработника.

10 ДЕОНТОЛОГИЯ ИЗУЧАЕТ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА:

о со средним медперсоналом;

о с больным;

о с коллегами – врачами;

У все перечисленное верно.

11. ПРАВОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА С БОЛЬНЫМ БАЗИРУЮТСЯ НА
о Конституции РФ;

У волеизъявлении пациента;

о желании врача;

о уставе лечебного учреждения;

12. СОГЛАСИЕ ИЛИ ОТКАЗ БОЛЬНОГО ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ:

У все верно;

0 задокументированными;

0 информированными;

0 добровольными.

13 ПОНЯТИЕ «ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА» ВКЛЮЧАЕТ ИНФОРМАЦИЮ:

У все верно;

о об анамнезе заболевания;

о о диагнозе;

о о факте обращения за медицинской помощью.

14 ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА РЕШЕНИЕ О
МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПРИНИМАЮТ:

о врач с уведомлением должностных лиц медучреждения;

о консилиум;

о законные представители пациента;

У все верно

15. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА - ЭТО

о несчастный случай;

У добросовестное заблуждение без состава преступления;

о халатность;

о несоответствие квалификационной категории;

о профессиональное преступление.

16. ВИДЫ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК:

о в оформлении документации;

о диагностические;

о лечебно-тактические;

У все перечисленное;

17. СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРАЧЕБНЫХ
ОШИБОК:

о неполноценное обследование пациента;

У все перечисленное;

о использование устаревших методов диагностики и лечения;

о слепая вера во всё новое.

18. ЯТРОГЕНИЯ-ЭТО:

о врождённая патология;

о патология, возникающая во время службы в армии;

У патология, связанная с действиями врача;

о заболевания, обусловленные пожилым и старческим возрастом;

о заболевания, возникающие при уходе за дикими животными.

19. ЭВТАНАЗИЯ-ЭТО

- о смерть, наступившая при невыясненных обстоятельствах;
 - о смерть, наступившая при дорожно-транспортной аварии;
 - о максимум применения средств в лечении безнадежного больного
- У лёгкая смерть, наступившая от действий медицинских работников
- о безмятежная смерть, наступившая естественным путём.

20. АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП НЕ ВКЛЮЧАЕТ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ:

- о в приемном отделении общехирургического стационара;
 - о на дому;
- У в специализированном хирургическом отделении;
- о в поликлинике;

21. ФУНКЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ:

- о консультативный прием;
 - о проведение инвазивной диагностики;
 - о выполнение оперативных вмешательств;
- У все верно

22. АМБУЛАТОРНО ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ:

- о пункцию сустава;
 - о венэктомия;
 - о хирургическую обработку гнойного очага;
- У все перечисленное;
- о открытую биопсию.

23. ИЗ ПОЛИКЛИНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ТРАНСПОРТИРОВКА ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- о родственниками;
 - о медицинской сестрой;
 - о санитаркой;
- У бригадой скорой медицинской помощи;

24. ФУНКЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА:

- о консультативный прием;
 - о инвазивные методы диагностики;
 - о выполнение оперативных вмешательств;
- У все перечисленное

25. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗМЕЩЕНИЕ КОЕК ДОПУСТИМО

- У в палатах;
- о в коридорах;
- о в холлах;
- о на лестничных площадках;

26. ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НАБЛЮДАЮТ:

- о в наркозной;
- о в предоперационной;
- У в палатах интенсивной терапии;
- о в процедурном кабинете.

27. АСЕПТИКА-ЭТО

- У предотвращение попадания микробов в рану ;
- о комплекс нормативных документов;
- о профилактика инфекций у медицинских работников;
- о уничтожение микробов в ране, в патологическом очаге и в организме;

28. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ РАНЫ:

- У экзогенные;
- о изогенные;
- о гетерогенные;
- о трансмиссивные

29. Пути экзогенного инфицирования:

- о через воздушную среду;
- о капельным путем при разговоре;
- о контактным путем;

У все верно;

30. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

- о больные с гнойно-воспалительными заболеваниями;
- о бациллоносители;
- о животные;

у полость рта, дыхательные пути самого больного

31. ПРИ ЭНДОГЕННОМ ИНФИЦИРОВАНИИ МИКРОБЫ В РАНУ ПОПАДАЮТ:

- о из просвета органа, вскрытого во время операции;
- у все перечисленное верно;
- о гематогенно;
- о лимфогенно.

32. К АСЕПТИКЕ ОТНОСЯТ:

- о соблюдение санэпидрежима;
- о обработка рук хирурга;
- У все перечисленное;
- о стерилизация операционного белья и инструментов

33. СТЕРИЛИЗАЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ

- о патогенных микроорганизмов;
- о непатогенных микроорганизмов;
- о спорообразующих микроорганизмов;

У всех видов микроорганизмов и их спор

34. ДЕЗИНФЕКЦИЯ - ЭТО УНИЧТОЖЕНИЕ

- У вегетативных форм патогенных микроорганизмов;
- о непатогенных микроорганизмов;
- о спорообразующих микроорганизмов;
- о всех видов микроорганизмов

35. СТЕРИЛЬНОСТЬ - ЭТО

- о уменьшение количества вегетативных микроорганизмов;
- у полное отсутствие вегетативных и споровых форм микробов;
- о сохранение рабочих свойств стерилизуемых предметов;
- о отсутствие патогенных микроорганизмов;

36. КОНТРОЛЬ ЗА СТЕРИЛЬНОСТЬЮ ЭТО:

- У определение наличия микроорганизмов на стерилизованных предметах;
- О контроль за соблюдением температурного режима стерилизации;
- о определение наличия крови на стерилизованных предметах;
- о контроль за соблюдением режима давления при стерилизации

37. НАИБОЛЕЕ ДОСОВЕРНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ СТЕРИЛЬНОСТИ:

- о показание термометра;
- У бактериологический контроль;
- о с помощью индикаторной ленты;
- о контроль времени стерилизации

38. ДОСТОВЕРНО О СТЕРИЛЬНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- У отсутствие роста микроорганизмов при бактериологическом исследовании;
- о определённое изменение окраски индикаторной ленты;
- о расплавление порошка индикаторного вещества;
- о достижение в автоклаве температуры 132°C;

39. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ АСЕПТИКИ ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- о разделение потоков «чистых» и «гнойных» больных;
- У все перечисленное;
- о соблюдение гигиены окружающей среды;
- о соблюдение гигиены медицинского персонала

40. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РАЗДЕЛЕНИЕ ПОТОКОВ «ЧИСТЫХ» И «ГНОЙНЫХ» БОЛЬНЫХ ПО ВРЕМЕНИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- У выполнение мероприятий от «чистого» к «гнойному»;
- о пребывание их в разных палатах;
- о отдельные вспомогательные помещения для «гнойных» больных;
- о перевод «гнойных» больных в другие отделения

41. В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ВОЗДУХ ОБЕЗЗАРАЖИВАЮТ:

- о естественной вентиляцией;
- о принудительной вентиляцией;
- о рециркуляционной очисткой;
- У ультрафиолетовым облучением

42. В «ЧИСТОЙ» ПЕРЕВЯЗОЧНОЙ ОПТИМАЛЬНА ВЕНТИЛЯЦИЯ

- У приточная;
- о естественная;
- о вытяжная;
- о рециркуляционная

43. АНТИСЕПТИКА - это

- о предотвращение контактного инфицирования;

- о предотвращение воздушного инфицирования;
- о стерилизация инструментов, белья и шовного материала;
- У уничтожение микробов в ране, патологическом очаге и в организме

44. АНТИСЕПТИКА НАПРАВЛЕНА:

- о на предупреждение попадания микробов в рану;
- У на уничтожение микробов в патологическом очаге;
- о на обеспечение санитарно-эпидемического режима;
- о на устранение микробов с предметов окружающей среды

45. В КАЧЕСТВЕ АНТИСЕПТИКА Д.ЛИСТЕР ИСПОЛЬЗОВАЛ

- о сулему;
- о этиловый спирт;
- о нитрат серебра;
- У карболовую кислоту

46. К ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:

- У вакуумное дренирование раны;
- о промывание раны перекисью водорода;
- о внутримышечное введение стрептомицина;
- о прием внутрь норсульфазола

47. В КАЧЕСТВЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКИ В ХИРУРГИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- о гипертонические растворы и сорбенты;
- о дренирование;
- о факторы внешней среды;
- У все перечисленное

48. ОПЕРАТИВНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОЗОВ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- У механической;
- о физической;
- о химической;
- о биологической

49. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОБРАБОТКА РАНЫ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- У физической;
- о химической;
- о биологической

50. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- У физической;
- о химической;
- о биологической

51. ПРОМЫВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- о физической;
- о химической;
- У смешанной.

52. АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДРЕНАЖА СВОДИТСЯ К

- о лизису некротических тканей;
- У выведению экссудата из раны;
- о уничтожению микробов;
- о изменению реакции среды

53. ДРЕНАЖНЫЕ СВОЙСТВА МАРЛИ ПОТЕНЦИРУЮТ ПРИМЕНЕНИЕМ

- о 5% раствора глюкозы;
- о 0,9% раствора хлорида натрия;
- У 10% раствора хлорида натрия;
- о 3% раствора перекиси водорода

54. КАК АНТИСЕПТИК ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ РАСТВОР NaCl ПРИМЕНЯЮТ

- о при первичной хирургической обработке раны;
- о при предстерилизационной обработке инструментов;
- о при стерилизации инструментов;

У при дренировании гнойной раны;

55. К СМЕШАННОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСИТСЯ

- У хирургическая обработка гнойного очага с промыванием антисептиком;
- о лазерная обработка раны;
- о внутримышечное введение цефотаксима;
- о прием внутрь метронидазола

56. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОГО ОЧАГА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ДРЕНИРОВАНИЕМ - МЕТОД ... АНТИСЕПТИКИ

- о механической;
- о физической;
- о биологической;

У смешанной

57. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ОКИСЛИТЕЛЕЙ ОТНОСЯТСЯ:

- о борная кислота;
- о карболовая кислота;
- У перекись водорода;
- о фурадонин.

58. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ КРАСИТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ

- У бриллиантовый зеленый;
- о карболовая кислота;
- о хлорамин;

о перманганат калия

59. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ГАЛОИДОВ НЕ ОТНОСИТСЯ

- У хлоргексидин;
- о йодопирон;
- о хлорамин;
- о йод;

60. АНТИСЕПТИКОМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- о лизоформ;

о карболовая кислота;

У хлоргекседин;

о фурацилин;

61. К АНТИСЕПТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ДЕТЕРГЕНТОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

о хлоргексидин;

У диоксидин;

о роккал;

о церигель

61. МЕТРОНИДАЗОЛ ЭФФЕКТИВЕН В ОТНОШЕНИИ

У простейших;

о стафилококка;

о стрептококка;

о синегнойной палочки.

62. К БИОЛОГИЧЕСКОЙ АНТИСЕПТИКЕ ОТНОСЯТСЯ:

о первичная хирургическая обработка раны;

о промывание раны перекисью водорода;

У обработка раны протеолитическими ферментами;

о обработка раны лазером

63. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ... АНТИСЕПТИКИ

о механической;

о физической;

о химической;

У биологической

64. С ЦЕЛЬЮ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

о аутовакцину;

У антитоксин;

о лизоцим;

о анатоксин;

65. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА:

о системное тромбообразование;

У создание равновесия про- и антикоагулянтной активности крови;

о гемолиз эритроцитов;

о развитие геморрагического синдрома.

66. ВНУТРЕННИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:

У превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счет имеющихся факторов свёртывания в крови;

о высвобождением тромбоксана-А₂ и локальным сужением сосуда;

о в первые секунды после повреждения;

о превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внетканевого тромбопластина;

67. ВНЕШНИЙ МЕХАНИЗМ КОАГУЛЯЦИОННОГО (ВТОРИЧНОГО) ГЕМОСТАЗА РЕАЛИЗУЕТСЯ:

о превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт имеющихся факторов свёртывания в крови;

- о высвобождением тромбосана-А, и локальным сужением сосуда;
- о в первые секунды после повреждения;

У превращением тромбоцитарного сгустка в фибриновый тромб за счёт поступающего в кровь внетканевого тромбопластина;

68. НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА В ВИДЕ ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- о при тромбоцитопении;
- о при нарушении функции тромбоцитов;
- о при приобретённых коагулопатиях

У Все перечисленное

69. ВИДЫ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ:

- о внутриутробная;
- о идиопатическая;

У приобретённая (вторичная);

о третичная.

70. СИНДРОМ ДИСSEМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ (ДВС-СИНДРОМ) - ЭТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС

У активации свертывания крови с последующей геморрагией;

- о изолированной геморрагии;
- о повышенной склонности к тромбообразованию;
- о тромбоза двух и более сосудов;

71. ПРИ ДВС-СИНДРОМЕ КРОВОТОЧИВОСТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:

- о поражением печени;
- У активацией фибринолиза;
- о тромбоцитопенией;

о механическим повреждением сосудов

72. ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ - ЭТО СИМПТОМОКОМПЛЕКС

- о диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови;
- о системной геморрагии;

У повышенной склонности к тромбообразованию;

о водно-электролитных нарушений;

73. ФИБРИНОЛИТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА:

- о аспирин;
- У стрептокиназа;
- о Тромбо АСС;

о интегрилин;

74. АНТИКОАГУЛЯНТЫ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА:

- о гепарин;
- У варфарин;
- о фраксипарин;
- о клексан;

75. КРОВОТЕЧЕНИЕ - ЭТО

- о повышение проницаемости сосудистой стенки;
- о безвозвратная потеря крови;
- У прижизненное истечение крови из сосуда;
- о некроз сосудистой стенки;

76. ГЕМАТОМА - ЭТО

- о точечное кровоизлияние в кожу;
- о обширное кровоизлияние в кожу;
- у ограниченное скопление крови в тканях;
- о примесь крови в мокроте;

77. ОГРАНИЧЕННОЕ СКОПЛЕНИЕ КРОВИ В ТКАНЯХ - ЭТО

- о кровоизлияние;
- У гематома;
- о кровоподтёк;
- о аневризма;

78. КРОВОИЗЛИЯНИЕ - ЭТО

- У пропитывание кровью окружающих тканей;
- о скопление крови в плевральной полости;
- о ограниченное скопление крови в тканях;
- о примесь крови в мокроте

79. СКЛОННОСТЬ К КРОВОТЕЧЕНИЯМ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- о при гемофилии;
- о при желтухе;
- о при цинге;
- У все перечисленное

80. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАНЫ В ВИДЕ ПУЛЬСИРУЮЩЕЙ АЛОЙ СТРУИ ЧЕРЕЗ ПОЛЧАСА ПОСЛЕ ГЕМОСТАЗА - ЭТО

- о наружное первичное артериальное кровотечение;
- У наружное вторичное раннее артериальное кровотечение;
- о наружное вторичное позднее артериальное кровотечение;
- о наружное вторичное раннее венозное кровотечение

81. ВОЗОБНОВЛЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАНЫ В ВИДЕ ТЕМНОЙ НЕПРЕРЫВНОЙ СТРУИ ЧЕРЕЗ ПОЛЧАСА ПОСЛЕ ГЕМОСТАЗА – ЭТО

- о наружное первичное артериальное кровотечение;
- о наружное раннее вторичное артериальное кровотечение;
- о наружное позднее вторичное артериальное кровотечение;
- У наружное раннее вторичное венозное кровотечение;

82. КРОВОТЕЧЕНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ -

- о наружное раннее первичное;
- о внутреннее позднее вторичное;
- о наружное раннее вторичное;
- У наружное позднее вторичное.

83. О КРОВОТЕЧЕНИИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ:

- У все перечисленное;
- о нитевидный пульс;

о холодный пот;

о гипотония;

84. ОПАСНОСТЬ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ ИМЕЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ

о артерии бедра;

о бедренной вены;

о вен голени;

У вен шеи.

85. СИМПТОМАМИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

о кровотечение из носа;

о мелена;

У выделение пенистой алой крови изо рта;

о рвота «кофейной гущей».

86. ПЕНИСТАЯ КРОВЬ ИЗО РТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ... КРОВОТЕЧЕНИИ

о носовом;

о пищеводном;

У легочном;

о желудочном;

87. ОПАСНОСТЬ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СОСТОИТ В РАЗВИТИИ

У асфиксии;

о гиповолемии;

о гнойных осложнений;

о анемии;

88. MELENA-ЭТО

о наличие крови в просвете органов живота;

о наличие крови в брюшной полости;

о кровь в моче;

У черный дегтеобразный стул;

89. В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА

о рентгеноскопия желудка;

о компьютерная томография;

о лапароскопия;

У фиброгастроскопия;

90. В ДИАГНОСТИКЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ

ИНФОРМАТИВНА

о лапароскопия;

У фиброколоноскопия;

о фиброгастроскопия;

о компьютерная томография;

91. МЕСТНЫЙ СИМПТОМ ПРЯМОКИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ -

о мелена;

о боль в животе;

о рвота кровью;

У выделение крови из прямой кишки

92. ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ - ЭТО НАУКА, ИЗУЧАЮЩАЯ ВОПРОСЫ

- у переливания компонентов крови;
- о экстракорпоральной детоксикации;
- о медикаментозной терапии критических состояний;
- о судмедосвидетельствовании в связи с переливанием крови.

93. УСТАНОВИЛ АНТИГЕННУЮ СТРУКТУРУ КРОВИ (ПО СИСТЕМЕ А И В) И ПРЕДЛОЖИЛ ВЫДЕЛЯТЬ I, II И III ГРУППЫ КРОВИ

- о Я.Янский;
- о А.М.Филомафитский;
- о Г.Вольф;
- у К.Ландштейнер;

94. ГРУППА КРОВИ У ЧЕЛОВЕКА

- о может меняться после трансплантации печени;
- о может меняться после трансплантации почки;
- о может меняться при массивной гемотрансфузии;
- У на протяжении всей жизни не меняется.

95. АГГЛЮТИНИНЫ - ЭТО

- о поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;
- У естественные антитела, находящиеся в плазме;
- о поверхностные антигены, находящиеся на тромбоцитах;
- о поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах

96. К АГГЛЮТИНИНАМ СИСТЕМЫ АВО ОТНОСЯТ БЕЛКИ:

- о А;
- У α ;
- о В;
- о 0.

97. ФОРМУЛА I ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

- о А (I) α ;
- о А (I) β ;
- о В (I) α ;
- У 0 (I) $\alpha\beta$;

98. ФОРМУЛА II ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

- о А (II) α ;
- У А (II) β ;
- о В (II) α ;
- о В (II) β ;

99. ФОРМУЛА III ГРУППЫ КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВО

- о А (III) α ;
- о А (III) β ;
- У В (III) α ;
- о В (III) β ;

100. ЦОЛИКЛОНЫ - ЭТО

- о поверхностные антигены, находящиеся на эритроцитах;
- о естественные антитела, находящиеся в плазме;
- У антитела, получаемые из культивируемых гибридом;

о поверхностные антигены, находящиеся на лейкоцитах;

101. РЕАКЦИЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО

У взаимодействие агглютиногена и одноименного агглютинина;

о образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;

о склеивание агглютиногенов агглютинидами на холоде;

о склеивание агглютиногенов агглютинидами при инфекциях

102. РЕАКЦИЯ ПСЕВДОАГГЛЮТИНАЦИИ - ЭТО

о реакция агглютиногена и одноименного агглютинина;

У образование конгломератов эритроцитов при высыхании капли;

о склеивание агглютиногенов агглютинидами на холоде;

о склеивание агглютиногенов агглютинидами при инфекциях;

103. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ХОЛОДОВОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ

о добавляют гипертонический раствор;

У нагревают препарат до комнатной температуры;

о проводят исследование только со свежей кровью;

о меняют стандартные сыворотки;

104. ЭРИТРОЦИТЫ I ГРУППЫ КРОВИ АГГЛЮТИНИРУЮТ ПРИ ДОБАВЛЕНИИ СЫВОРОТКИ

о I группы;

о II группы;

о III группы;

У ни одной из групп.

105. ПРИ ОТСУТСТВИИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРЯТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

У к I группе;

о ко II группе;

о к III группе;

о к IV группе;

106. АГГЛЮТИНАЦИЯ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ ГОВОРИТ О ЕЁ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

о к I группе;

о к III группе;

о к IV группе;

У произошла ошибка.

107. ПРИ АГГЛЮТИНАЦИИ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ СО ВСЕМИ СТАНДАРТНЫМИ СЫВОРОТКАМИ СЛЕДУЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ

о IV группу;

У неспецифическую холодовую агглютинацию;

о высокий титр агглютининов стандартных сывороток;

о свертывание;

108. ПОД ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПОНИМАЮТ:

о вливание кровезаменителей;

У переливание компонентов крови;

о внутривенное введение медикаментозных средств;

о проведение экстракорпоральной детоксикации.

109. ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОТЕРЕ ЖИДКОСТЬ СКАПЛИВАЕТСЯ:

о в плевральной полости;

У все перечисленное верно;

о в брюшной полости;

о в тканях (при отеке);

110. ПОТЕРИ ВОДЫ В «ТРЕТЬЕ ВОДНОЕ ПРОСТРАНСТВО» ПРОИСХОДЯТ ПРИ

о перспирации;

о рвоте;

У отеках;

о диарее;

112. ДЕГИДРАТАЦИЯ - ЭТО

о нарушение кислотно-основного баланса;

о острая сердечно-сосудистая недостаточность;

У уменьшение содержания воды в организме;

о увеличение содержания воды в организме;

113. ПРИ ЛИХОРАДКЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

У водное истощение;

о острая дегидратация;

о гипергидратация;

о хроническая гипогидратация;

114. ПРИ ПРОДЛЁННОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

У водное истощение;

о острая дегидратация;

о гипергидратация;

о хроническая гипогидратация;

115. ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ОГРАНИЧЕНИИ ЖИДКОСТИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

У водное истощение;

о острая дегидратация;

о гипергидратация;

о хроническая гипогидратация;

116. ПРИ РВОТЕ ПОТЕРИ ЖИДКОСТИ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ

У острой дегидратации;

о хронической дегидратации;

о водного истощения;

о гипергидратации;

117. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ПОТЕРИ ЖИДКОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЕ ДЕПОНИРОВАНИЯ В КИШЕЧНИКЕ ПРИВОДЯТ К РАЗВИТИЮ

У острой дегидратации;

о хронической дегидратации;

о водного истощения;

о гипергидратации;

118. ХРОНИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ НАСТУПАЕТ ПРИ

о высоком кишечном свище;

о рвоте;

о несахарном диабете;

У некорригированной острой дегидратации;

119. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ БОЛЬНОГО ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

о оценку нутриционного статуса пациента;

о прогнозирование ухудшения питания в процессе лечения;

о назначение нутритивной поддержки и ее текущую коррекцию;

У все перечисленное;

120. НУТРИЦИОННЫЙ СТАТУС - это

о пищевые предпочтения больного;

о назначенная врачом лечебная диета;

У состояние питания и метаболизма больного;

о масса больного;

121. ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА (ИНДЕКС КЕТТЛЕ) - ЭТО ОТНОШЕНИЕ

о роста (м) к массе тела (кг);

о массы тела (кг) к росту (м);

У массы тела (кг) к росту (м), возведенному в квадрат;

о роста (м) к массе тела (кг), возведенной в квадрат;

122. НА ДОСТОВЕРНОСТЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ВЛИЯЕТ

о ожирение;

о истощение;

о метеоризм;

У отечный синдром;

123. ОСЛОЖНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

о парез кишки;

о регургитация;

о диарея;

У все верно;

124. ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТ В

о периферическую вену;

о артерию;

У центральную вену;

о серозные полости;

125. ВИДЫ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

о артериальное;

У полное;

о венозное;

о полостное;

126. ПРИ ИНФУЗИИ КОНЦЕНТРИРОВАННЫХ РАСТВОРОВ
УГЛЕВОДОВ ОДНОВРЕМЕННО ВВОДЯТ

о преднизолон;

У инсулин;

о антибиотики;

о гепарин;

127. ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

о гиперазотемия;

о гипергликемия;

У все верно;

о тромбозмболия;

128. ТОКСИНЫ-ЭТО

У соединения, патологически влияющие на организм;

о возбудители хирургической инфекции;

о возбудители паразитарных заболеваний;

о соединения, вызывающие аллергическую реакцию;

129. ТОКСЕМИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В КРОВИ

о определяются промежуточные продукты метаболизма;

о циркулируют возбудители инфекции;

У имеется избыточное содержание токсинов;

о определяются конечные продукты метаболизма

130. ТОКСИКОЗ - это

о патология, при которой в крови имеются продукты метаболизма;

о патология, при которой в крови циркулируют микроорганизмы;

о патология, при которой в крови имеется избыток токсинов;

У патологический процесс с выраженной дисфункцией органов;

131. ИНТОКСИКАЦИЯ - ЭТО

о патология, при которой в крови циркулируют микроорганизмы;

о патология, при которой в крови имеется избыток токсинов;

о патологический процесс с выраженной дисфункцией органов;

У совокупность клинических проявлений воздействия токсинов.

132. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ:

о резорбционный;

о реперфузионный;

о ретенционный;

У все верно

133. РЕЗОРБЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ЭНДОТОКСИКОЗА ОБУСЛОВЛЕН

У образованием и всасыванием продуктов распада из очага;

о поступлением в кровоток токсинов из тканей после рециркуляции;

о затруднением выведения токсинов системами детоксикации;

о накоплением промежуточных продуктов метаболизма

134. РЕПЕРФУЗИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ЭНДОТОКСИКОЗА ОБУСЛОВЛЕН

о образованием и всасыванием продуктов распада из очага;

У поступлением в кровоток токсинов из тканей после рециркуляции;

о затруднением выведения токсинов системами детоксикации;

о накоплением промежуточных продуктов метаболизма;

135. РЕТЕНЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ЭНДОТОКСИКОЗА ОБУСЛОВЛЕН

о образованием и всасыванием продуктов распада из очага;
о поступлением в кровоток токсинов из тканей после рециркуляции;
У затруднением выведения токсинов системами детоксикации;
о накоплением промежуточных продуктов метаболизма

136. ПРОДУКЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ЭНДОТОКСИКОЗА ОБУСЛОВЛЕН

о образованием и всасыванием продуктов распада из очага;
о поступлением в кровоток токсинов из тканей после рециркуляции;
о затруднением выведения токсинов системами детоксикации;
У накоплением промежуточных продуктов метаболизма;

137. ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ ИМЕЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:

о психоневрологических расстройств;
о гемодинамических нарушений;
о нарушения функции печени;

У все верно;

138. СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ - ЭТО ВИД ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ПРИ КОТОРОМ ИМЕЕТСЯ

У торможение мышления и затрудненный контакт;
о нарушения вегетатики, галлюцинации, повышенная активность;
о дезориентация в окружающем, ответы на вопросы замедлены;
о глубокая сонливость с реакцией на надпороговые стимулы;

139. СОПОР - ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ В ВИДЕ

о торможения мышления и затрудненного контакта;
о нарушения вегетатики, галлюцинаций, повышенной активности;
о дезориентации в окружающем, замедленных ответов на вопросы;
У глубокой сонливости с реакцией на надпороговые стимулы;

140. КОМА - ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ НАРУШЕНИЕ В ВИДЕ

о нарушения вегетатики, галлюцинаций, повышенной активности;
о дезориентации в окружающем, замедленных ответов на вопросы;
о глубокой сонливости с реакцией на надпороговые стимулы;
У отсутствия сознания и признаков психической деятельности

141. ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ ОТМЕЧАЮТСЯ:

о одышка;
о дыхательная недостаточность;
о респираторный дистресс-синдром;

У все перечисленное;

142. ЭФФЕКТ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДОСТИГАЕТСЯ:

о снижением интенсивности (скорости) образования токсинов;
о нейтрализацией токсинов;
о стимуляцией функции естественных систем детоксикации;

У все верно

143. ДЕТОКСИКАЦИЯ ПО ПРИНЦИПУ ОКИСЛЕНИЯ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ:

о гемосорбции;
о плазмафереза;
У энтеральной оксигенации;

о лимфосорбции.

144. ПРИ ГЕМОДИЛИЗИС ДЕТОКСИКАЦИЯ ОСНОВАНА НА ПРИМЕНЕНИИ

У инфузионной терапии;

о диуретиков;

о сорбентов;

о разделения крови на фракции с удалением плазмы;

145. ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЭНТЕРОСОРБЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

о инфузионную терапию;

о диуретики;

У сорбенты;

о разделение крови на фракции с удалением плазмы;

146. ДЛЯ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЛАЗМАФЕРЕЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

о инфузионную терапию;

о диуретики;

о сорбенты;

У разделение крови на фракции с удалением плазмы

147. ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПО ЦЕЛИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ:

о паллиативные;

о симптоматические;

У лечебные;

о радикальные;

148. ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ:

о требует длительной и тщательной подготовки;

У выполняется по жизненным показаниям;

о может быть заменена консервативным лечением;

о требует полного обследования жизненно важных систем.

149. ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ ОПЕРАЦИЙ

о экстренных;

У плановых;

о отсроченных;

о инфицированных;

150. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ПЕРИТОНИТА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

У экстренных;

о плановых;

о отсроченных;

о асептических;

151. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ФЛЕГМОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОТНОСЯТ К ГРУППЕ ОПЕРАЦИЙ

У экстренных;

о плановых;

о асептических;

о гнойных.

152. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ БЫВАЮТ

- о срочные;
- У абсолютные;
- о плановые;
- о экстренные.

153. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ АБСОЛЮТНЫМИ, ЕСЛИ:

- У её невыполнение угрожает жизни;
- о возможна ее замена консервативным лечением;
- о состояние пациента тяжелое;
- о возможно ее выполнение в отсроченном порядке.

154. КРИТЕРИЙ ОТНОСИТЕЛЬНОСТИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ –

- о её невыполнение угрожает жизни;
- У возможность её замены консервативным лечением;
- о тяжелое состояние пациента;
- о отсрочка угрожает жизни;

155. АППЕНДЕКТОМИЮ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ

- У по абсолютным показаниям в экстренном порядке;
- о по относительным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в плановом порядке;

156. ГАСТРОСТОМИЮ ПРИ СТЕНОЗЕ ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЮТ

- У по абсолютным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в экстренном порядке;
- о по абсолютным показаниям в плановом порядке;
- о по относительным показаниям в плановом порядке;

157. ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ВЫПОЛНЯЮТ

- У по абсолютным показаниям в экстренном порядке;
- о по относительным показаниям в плановом порядке;
- о по абсолютным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в плановом порядке;

158. ЛАПАРОТОМИЮ ПО ПОВОДУ РАЗРЫВА КИШКИ ВЫПОЛНЯЮТ

- У по абсолютным показаниям в экстренном порядке;
- о по относительным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в плановом порядке;

159. УДАЛЕНИЕ ЛИПОМЫ ПЛЕЧА ВЫПОЛНЯЮТ

- о по абсолютным показаниям в срочном порядке;
- о по абсолютным показаниям в экстренном порядке;
- о по абсолютным показаниям в плановом порядке;

- У по относительным показаниям в плановом порядке;

160. ОПЕРАЦИЯ С ВЫЯВЛЕНИЕМ ПРИРОДЫ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ БОЛЕЗНИ -

- о симптоматическая;
- о паллиативная;
- У диагностическая;

о косвенно действующая;

161. ОПЕРАЦИЯ, ПРИВОДЯЩАЯ К ПОЛНОМУ ИЗЛЕЧЕНИЮ, НАЗЫВАЕТСЯ

о симптоматической;

о паллиативной;

о условно-радикальной;

У радикальной.

162. ОПЕРАЦИЯ С УСТРАНЕНИЕМ ОПАСНОСТИ ДЛЯ ЖИЗНИ БЕЗ ПОЛНОЙ ЛИКВИДАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА НАЗЫВАЕТСЯ

о симптоматической;

У паллиативной;

о диагностической;

о условно-радикальной;

163. ОПЕРАЦИЯ С УСТРАНЕНИЕМ КОНКРЕТНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ -

У симптоматическая;

о паллиативная;

о диагностическая;

о условно-радикальная;

164. ДЕСМУРГИЯ - ЭТО НАУКА О

о перевязочном материале;

У способах наложения повязок;

о оказании первой помощи при ранениях;

о лечении ран.

165. ПЕРЕВЯЗКА - ЭТО

о хирургический метод лечения ран;

У процесс наложения веществ и материалов на очаг;

о метод консервативного лечения ран;

о способ удержания лечебных материалов в области очага;

166. К ИММОБИЛИЗИРУЮЩИМ ОТНОСЯТСЯ ПОВЯЗКИ:

о Т-образная на промежность;

о циркулярная на предплечье;

У крестообразная на голеностопный сустав;

о окклюзионная на грудь.

167. ЗАЩИТНАЯ ПОВЯЗКА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

У профилактики вторичного инфицирования раны;

о иммобилизации поврежденного участка тела;

о уменьшения боли при движениях;

о остановки кровотечения;

168. ЭКСТЕНЗИОННАЯ ПОВЯЗКА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

о иммобилизации поврежденного участка тела;

о уменьшения боли при движениях;

о остановки кровотечения;

У' вытяжения конечности при переломе.

169. КОРРИГИРУЮЩАЯ ПОВЯЗКА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

о репозиции отломков при переломе;

о вытяжения конечности при переломе;

У устранения деформаций опорно-двигательного аппарата;

о улучшения функции опорно-двигательного аппарата.

170. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОВЯЗКА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

о остановки кровотечения;

У обеспечения поступления медикаментозных средств в рану;

о вытяжения конечности при переломе;

о устранения деформаций опорно-двигательного аппарата;

171. ПОЛИОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ - ЭТО ПОРАЖЕНИЕ

о обязательно всех органов и тканей;

о одной жизненно важной системы;

У двух и более жизненно важных органов и систем;

о двух и более систем и обязательно сердечно-сосудистой;

172. ПРИЗНАКИ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ:

о отсутствие самостоятельного мочеиспускания;

У уровень креатинина в сыворотке крови в 2 раза выше нормы;

о лейкоцитурия;

о диурез $>0,5$ мл/кг/час в течение 1 часа инфузионной терапии.

173. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ

о тромбоэмболии легочной артерии;

о комы;

У шока;

о тампонады сердца.

174. ВИДЫ ШОКА:

У гиповолемический;

У кардиогенный;

У все перечисленное;

У перераспределительный;

175. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА ЛЕЖИТ

о нарушение насосной функции сердца;

У снижение объема циркулирующей крови;

о снижение сосудистого тонуса;

о раскрытие артерио-венозных шунтов;

176. КАРДИОГЕННЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ:

о при перитоните;

о при массивной кровопотере;

о при обширных ожогах;

У при инфаркте миокарда;

177. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЛЕЖИТ

У нарушение насосной функции сердца;

о снижение объема циркулирующей крови;

о снижение сосудистого тонуса;

о раскрытие артерио-венозных шунтов;

178. ОСНОВА ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ШОКА-

У механическая непроходимость магистральных сосудов;
о снижение объема циркулирующей крови;
о снижение сосудистого тонуса;

о раскрытие артерио-венозных шунтов;

179. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

о выделение адреналина и норадреналина;

о иммунодефицит;

У выделение в кровь гистамина;

о паралич сосудодвигательного центра;

180. ПРИ ШОКЕ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ

о внутримышечно;

о внутрисердечно;

о подкожно;

У внутривенно.

181. НА ФОНЕ ШОКА ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА:

о при аппендиците;

У при продолжающемся кровотечении;

о при злокачественной опухоли;

о любые операции противопоказаны.

182. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СМЕНЫ ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ УМИРАНИЯ:

о клиническая смерть - предагония - биологическая смерть - агония;

о клиническая смерть - биологическая смерть - агония - предагония;

о клиническая смерть - агония - предагония - биологическая смерть;

У предагония - агония - клиническая смерть - биологическая смерть.

183. ЭУПНОЭ-ЭТО

о остановка дыхания;

о спазм бронхов;

о шумное глубокое дыхание;

У физиологическое дыхание;

184. АПНОЭ-ЭТО

У остановка дыхания;

о спазм бронхов;

о остановка сердца;

о смерть больного;

185. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

У шумным глубоким дыханием;

о единичными неритмичными циклами вдох-выдох;

о периодами дыхания с паузами;

о эупноэ;

186. ДЫХАНИЕ ЧЕЙН-СТОКСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

о шумным глубоким дыханием;

о единичными неритмичными циклами вдох-выдох;

У периодами дыхания с паузами;

о эупноэ;

187. ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

о отсутствие самостоятельного дыхания;

о отсутствие пульса на сонной артерии;

о отсутствие сознания;

У все перечисленное верно;

188. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

о гибелью коры головного мозга;

о необратимой гибелью всех тканей;

У апноэ и асистолией;

о критическим снижением давления;

189. АСИСТОЛИЯ-ЭТО

о сердечная недостаточность;

о аритмия;

У остановка сердца;

о тампонада сердца

190. К ПОЛНОМУ ПРЕКРАЩЕНИЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИВОДИТ

о мерцание предсердий;

о тромбоэмболия легочной артерии;

У фибрилляция желудочков;

о полная атриовентрикулярная блокада;

191. ТАМПОНАДА СЕРДЦА - ЭТО

У сдавление сердца кровью, излившейся в полость перикарда;

О заполнение полостей сердца свертками крови;

О остановка сердца;

О смерть больного;

192. ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ:

о трупное разложение;

о трупное окоченение;

о трупное высыхание;

У все перечисленное верно;

193. ГИПОСТАЗ - ЭТО

о остановка сердца и дыхания;

о метаболизм в условиях гипоксии;

о трупное охлаждение;

У начальная фаза образования трупных пятен;

194. ВИДЫ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ:

о стационарная;

У базовая;

о амбулаторная;

о полевая;

195. К БАЗОВЫМ РЕАНИМАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

о контроль и восстановление проходимости дыхательных путей;

о искусственная вентиляция легких;

У все перечисленное;

о массаж сердца;

196. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ БАЗОВОЙ РЕАНИМАЦИИ:

- 1) 4 глубоких вдоха методом «рот ко рту» или «рот к носу»;
 - 2) восстановление проходимости дыхательных путей;
 - 3) диагностика клинической смерти;
 - 4) наружный массаж сердца с искусственной вентиляцией легких
- О 1,2, 3,4;
О 2,3,4, 1;
У 3,2, 1,4;
О 2,3, 1,4;
О 3, 1,4,2.

197. ПРИ РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНОМУ ПРИДАЮТ ПОЛОЖЕНИЕ

У горизонтальное;

О Фовлера;

О Тренделенбурга;

О на правом боку;

198. ПЕРЕД ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО

о восстановить кровообращение;

У восстановить проходимость верхних дыхательных путей;

о опорожнить желудок;

о провести катетеризацию центральной вены;

199. ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА СЧЁТ «СЕРДЕЧНОГО НАСОСА» ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

о сдавлением лёгких;

О свободным движением диафрагмы;

У сдавливанием сердца между грудиной и позвоночником;

У клапанами, создающими однонаправленность кровотока

200. ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА ВОССТАНОВЛЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА СЧЕТ «ГРУДНОГО НАСОСА» ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

Усдавлением легких;

о свободным движением диафрагмы;

о сдавливанием сердца между грудиной и позвоночником;

о клапанами, создающими однонаправленность кровотока;

201. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

о метеоризме;

У тромбозе, эмболии, ангиоспазме;

о кишечной колике;

о желчной колике;

202. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ

о сдавления рецепторов при спазме гладкой мускулатуры;

о раздражения рецепторов при растяжении органа;

У нарушения кровообращения органа;

о сдавления корешков спинного мозга;

203. ДЛЯ БЛОКАДЫ БОЛЕВОЙ ИМПУЛЬСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

У новокаин;

о простагландины, брадикинин;

о средства, действующие на опиатные рецепторы;

о нейролептики;

204. ЦЕНТРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

о новокаина;

о простагландинов, брадикинина;

У средств, действующих на опиатные рецепторы;

о нейролептиков;

205. ДЕЙСТВИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ПОТЕНЦИРУЮТ

о новокаин;

о простагландины, брадикинин;

о средства, действующие на опиатные рецепторы;

У нейролептики;

206. МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

о утратой сознания;

У утратой болевой чувствительности;

о мышечной релаксацией;

о утратой температурной чувствительности;

207. ПРИ АНЕСТЕЗИИ ПУТЁМ ОРОШЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ

о тиопентал натрия;

о лидокаин 1%;

о кетамин;

У лидокаин 10%.

208. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ

о внутривенно;

о ингаляционно;

о энтерально;

У инъекционно в мягкие ткани.

209. ГИДРАВЛИЧЕСКАЯ ПРЕПАРОВКА ТКАНЕЙ ВОЗМОЖНА ПРИ

о проводниковой анестезии;

о внутрикостной анестезии;

У инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому;

о терминальной анестезии.

210. ТРАВМАТИЗМ - ЭТО

У совокупность повреждений, возникающих на определённой территории или у определённого контингента людей;

о наука о травмах;

о результат одномоментного воздействия внешнего фактора;

о наука о заболеваниях опорно-двигательного аппарата;

211. ВИДЫ ТРАВМАТИЗМА ПО УСЛОВИЯМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ:

У производственный;

- о непреднамеренный;
- о преднамеренный;
- о научно-обоснованный.

212. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА - ЭТО

- о повреждение двух и более органов одной анатомической области;
- У повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
- о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;
- о травма, при которой возникли гнойные осложнения.

213. ИЗОЛИРОВАННАЯ ТРАВМА - ЭТО

- о повреждение двух и более органов одной анатомической области;
- о повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
- о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;
- У одно или несколько повреждений анатомо-функционального образования.

214. МНОЖЕСТВЕННАЯ ТРАВМА - ЭТО

- о повреждение органов разных анатомических областей;
- У повреждение двух и более органов одной анатомической области;
- о повреждение органа и опорно-двигательного аппарата;
- о повреждения, вызванные разными травмирующими агентами;

215. РАНЕНИЕ ПЕЧЕНИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ

- у монофокальному;
- о полифокальному;
- о сочетанному;
- о комбинированному;

216. НЕСКОЛЬКО РАН ТОНКОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ К ПОВРЕЖДЕНИЮ

- о монофокальному;
- У полифокальному;
- о сочетанному;
- о комбинированному;

217. ОЖОГ ЛИЦА И РАЗРЫВ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- о взаимоотноотягощённым;
- о синергическим;
- о сочетанным;
- У комбинированным;

218. В ОТЛИЧИЕ ОТ РАСТЯЖЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ СВЯЗОК (МЫШЦ)

- о наблюдается нарушение целости отдельных волокон;
- У имеет место нарушение их анатомической целости;
- о их анатомическая целость сохраняется;

- о имеется нарушение функции органа;

219. ПО ПАТОГЕНЕЗУ СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ АНАЛОГИЧЕН:

- о с геморрагическим шоком;
- о с острой дегидратацией;
- о с синдромом диабетической стопы;
- У с синдромом позиционного сдавления.

220. КРАШ-СИНДРОМ ВЫЗВАН ЭНДОТОКСИКОЗОМ ПРИ ИШЕМИИ

ТКАНИ

У вследствие массивного их сдавления;

о из-за длительного нефизиологического положения тела;

о из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии

221. РАЗВИТИЕ ТУРНИКЕТНОГО (РЕЦИРКУЛЯЦИОННОГО) СИНДРОМА ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ

о вследствие массивного их сдавления;

о из-за длительного нефизиологического положения тела;

У из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;

222. РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЗИЦИОННОГО СДАВЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО ЭНДОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ИШЕМИЕЙ ТКАНЕЙ

о вследствие массивного их сдавления;

У из-за длительного нефизиологического положения тела;

о из-за длительного удержания кровоостанавливающего жгута;

о вследствие тромбоза или эмболии магистральной артерии;

223. К ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ОТНОСЯТ ПОВРЕЖДЕНИЯ:

о с нарушением целостности покровных тканей;

о перелом основания черепа с кровотечением или ликвореей из носа и ушей;

У перелом свода черепа без повреждения апоневроза;

о ранения покровов головы с повреждением апоневроза.

224. ОТКРЫТАЯ ТРАВМА ГОЛОВЫ СЧИТАЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

о кожи и сухожильного шлема;

о кожи, сухожильного шлема и костей черепа;

о кожи, сухожильного шлема и черепно-мозговых нервов;

У кожи, сухожильного шлема, черепа и твердой мозговой оболочки.

225. АБСОЛЮТНАЯ ДЛИНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ - ЭТО РАССТОЯНИЕ

У от локтевого до шиловидного отростка;

о от локтевого отростка до кончика 3 пальца;

о от наружного мыщелка плеча до шиловидного отростка;

о от внутреннего мыщелка плеча до кончика 3 пальца;

226. ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ - ЭТО

о перелом;

У вывих;

о подвывих;

о переломовывих;

227. ПРИ ДАВНОСТИ ВЫВИХА ДО ТРЕХ СУТОК ОН НАЗЫВАЕТСЯ

У свежим

о несвежим;

о застарелым;

о невправимым;

228. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- о вправление вывиха;
- о введение миорелаксантов;
- У транспортную иммобилизацию;
- о противошоковую терапию.

229. ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВЫВИХЕ:

- о иммобилизация - репозиция - обезболивание - миорелаксация;
- У обезболивание - миорелаксация - репозиция - иммобилизация;
- о обезболивание - репозиция - иммобилизация - миорелаксация;
- о иммобилизация - миорелаксация - обезболивание - репозиция;

230. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ - НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТИ КОСТИ

У вследствие механического воздействия;

- о вследствие остеосаркомы;
- о вследствие остеомиелита;
- о вследствие туберкулёза;

231. ПЕРЕЛОМ ИЗ-ЗА РАЗРУШЕНИЯ КОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- о травматическим;
- У патологическим;
- о врождённым;
- о приобретённым;

232. ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ:

- о ротационное;
- о под углом (по оси);
- о по ширине;
- У все верно;

233. СРАЩЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ

- У мозолеобразования;
- о образования соединительнотканного рубца;
- о образования ложного сустава;
- о разрастания грануляций;

234. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ:

- о репозиция отломков;
- о ретенция отломков;
- о ускорение процессов сращения (ЛФК, диета);
- У все верно

235. РЕПОЗИЦИЯ-ЭТО

- У сопоставление отломков;
- о удержание отломков в состоянии репозиции;
- о ускорение репаративных процессов;
- о транспортная иммобилизация;

236. ПРИ ОЖОГЕ ТЯЖЕСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАВИСИТ

- о от глубины поражения;
- У все перечисленное верно;
- о от площади поражения;
- о от локализации поражения.

237. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

У поражение эпидермиса;

о поражение эпителия до росткового слоя;

о поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;

о некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;

238. ОТЕК, ГИПЕРЕМИЯ И ГИПЕРЕСТЕЗИЯ КОЖИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

У I степени;

о II степени;

о III-а степени;

о III-б степени;

239. МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ОСНОВУ ОЖОГА II СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

о поражение эпидермиса;

У поражение эпителия до росткового слоя;

о поражение эпителия и верхушек сосочкового слоя;

о некроз эпидермы, росткового слоя и подкожной клетчатки;

240. ПУЗЫРИ С СЕРОЗНЫМ СОДЕРЖИМЫМ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

о I степени;

У II степени;

о III-а степени;

о III-б степени;

241. ПУЗЫРИ С ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТЬЮ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

о I степени;

о II степени;

У III-а степени;

о III-б степени;

242. НЕКРОЗ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ УКАЗЫВАЮТ НА ОЖОГ

о I степени;

о II степени;

о III а степени;

У III-б степени;

243. ОЖОГ III-Б СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

о сохранением болевой чувствительности;

о обугливанием тканей;

о наличием влажного некроза тканей;

У отсутствием болевой чувствительности;

244. К ГЛУБОКИМ ОЖОГАМ ОТНОСЯТСЯ ПОРАЖЕНИЯ:

о I степени;

о II степени;

оIII-а степени;

У III-б степени;

245. ВЫДЕЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ОБУСЛОВЛЕНО

о опасностью для жизни;

о возникновением ожоговой болезни;

У возможностью самостоятельного восстановления кожи;

о вероятностью развития острой почечной недостаточности.

246. РЕГЕНЕРАЦИЯ КОЖИ НЕВОЗМОЖНА ПРИ ОЖОГАХ

о I степени;

о II степени;

о III-а степени;

У III-б степени;

247. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ БРЮШИНА ИНФИЦИРУЕТСЯ:

о при её повреждении;

У при гематогенной транслокации микроорганизмов;

о при переходе воспаления с органов брюшной полости;

о при перфорации полого органа.

248. ПРИ ВТОРИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ БРЮШИНА ИНФИЦИРУЕТСЯ:

о при её повреждении;

У все верно;

о при переходе воспаления с органов живота;

о при перфорации полого органа.

249. ПРИ ТРЕТИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ РАЗВИВАЕТСЯ И ПОДДЕРЖИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

о её повреждения;

о гематогенной транслокации микроорганизмов;

о транслокации специфической моноинфекции;

о перехода воспаления с органов живота

У госпитального инфицирования.

250. ВИДЫ ПЕРИТОНИТА ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ:

о диффузный;

о общий (тотальный);

У местный (локальный);

о запущенный;

251. РЕАКТИВНАЯ ФАЗА ПЕРИТОНИТА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

о 6 часов;

о 12 часов;

У 24 часов;

о 48 часов;

252. ТОКСИЧЕСКАЯ ФАЗА ПЕРИТОНИТА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

о 6 часов;

о 12 часов;

о 24 часов;

У 72 часов.

253. ТЕРМИНАЛЬНАЯ ФАЗА ПЕРИТОНИТА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

о 6 часов;

- о 12 часов;
- о 24 часа;
- У более 72 часов.

254. МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА:

- У все верно;
- о болезненность при пальпации живота;
- о положительные симптомы раздражения брюшины;
- о отсутствие перистальтических шумов

255. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА ПРИМЕНЯЮТ

- о рентгенологическое исследование;
- У все верно
- о ультразвуковое исследование;

о лапароскопию;

256. ПРИ МЕСТНОМ ПЕРИТОНИТЕ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- о удаление или отграничение источника перитонита во время операции;
- о дренирование гнойного очага;
- У все верно;
- о экстренное оперативное вмешательство.

257. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ВЫРАЖЕННОСТИ:

- о локальной воспалительной реакции;
- о системной воспалительной реакции;
- о эндотоксикоза;
- У все верно;

258. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛАПАРОТОМИЯ

- о в правом подреберье;
- о в правой подвздошной области;
- о в левой подвздошной области;
- У срединная.

259. ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЛАВАЖ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- У её промывание на всём протяжении;
- о её промывание в одной анатомической области;
- о удаление источника перитонита;
- о её проточно-промывное дренирование;

260. ЭКССУДАТ - ЭТО

- о жидкость невоспалительного происхождения;
- о кровь;
- у жидкость воспалительного происхождения;
- о лимфа;

261. ГИДРОТОРАКС - ЭТО СКОПЛЕНИЕ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ

- у транссудата;
- о крови;

о экссудата;

о лимфы;

262. ПЛЕВРИТ - ЭТО

о скопление в полости плевры трансудата;

о скопление в полости плевры крови;

у воспаление плевры;

о наличие в полости плевры лимфы;

263. СИНОНИМЫ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ:

У пиоторакс;

о хилоторакс;

о гнойный перикардит;

о гнойный медиастинит.

264. ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ ПЛЕВРЫ СО СКОПЛЕНИЕМ В ЕЕ ПОЛОСТИ

о трансудата;

о крови;

У гноя;

о лимфы;

265. ФОРМЫ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ТЕМПУ РАЗВИТИЯ:

У острая;

У хроническая;

о аэробная;

о анаэробная.

266. К ОСТРОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

о костно-суставной туберкулез;

о актиномикоз;

У сибирская язва;

о рожа;

267. К ХРОНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

У костно-суставной туберкулез;

о сибирская язва;

о столбняк;

о бешенство.

268. К СПЕЦИФИЧЕСКОЙ КЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТ

У газовая гангрена;

о бешенство;

о кандидомикоз;

о дифтерия;

269. ВОСПАЛЕНИЕ ВСЕХ СТРУКТУР КОСТИ - ЭТО

о миелит;

о остит;

о периостит;

У остеомиелит;

270. ПОД ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ

о только костного мозга;

о только компактного вещества кости;

о только губчатого вещества кости;

У всех тканевых структур кости.

271. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ МИЕЛИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

У костного мозга;

о компактного вещества кости;

о губчатого вещества кости;

о надкостницы;

272. ВОСПАЛЕНИЕ КОМПАКТНОГО И ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА КОСТИ

о миелит;

У остит;

о периостит;

о остеомиелит;

273. ПОД ПЕРИОСТИТОМ ПОНИМАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ

о костного мозга;

о компактного вещества кости;

о губчатого вещества кости;

У надкостницы;

274. ВИДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА С ПОЗИЦИИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА:

о посттравматический;

о гематогенный;

У все верно;

о огнестрельный

275. ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАЧИНАЕТСЯ

о в полости сустава;

У в костном мозге;

о в надкостнице;

о в гаверсовых каналах

276. ФОРМЫ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

о острая;

о подострая;

о хроническая;

У местная;

277. В ИНТРАМЕДУЛЛЯРНУЮ ФАЗУ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОРАЖАЕТСЯ

У костный мозг;

о компактное вещество кости;

о надкостница;

о мышцы и клетчаточные пространства

278. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ БОЛЬ

У чрезвычайно интенсивная, распирающая;

о периодическая, ноющая;

о ноющая, возникающая после сна;

о ноющая, возникающая в конце дня;

279. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА:

- о наличие гнойного свища;
- о наличие секвестра и гнойной полости в кости;
- о рецидивирующее течение заболевания;

У все верно

280. ПРИ ПОДОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ

- о периостотомию;
- о иссечение свища;
- о секвестрэктомию;

У хирургическую обработку межмышечной флегмоны

281. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЫПОЛНЯЮТ:

- о остеоперфорацию;
- о периостотомию;

У радикальную секвестрнекрэктомию;

о хирургическую обработку межмышечной флегмоны

282. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ГАРРЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

- о септическое течение;
- о серозный экссудат;
- о ограниченный некроз губчатого вещества;

У выраженный остеосклероз.

283. ДЛЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ОЛЛЬЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- о септическое течение;
- У наличие серозного экссудата;
- о ограниченный некроз губчатого вещества;
- о отсутствие свищей и флегмон

284. КОКСИТ - ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЕТСЯ

- о плечевой сустав;
- У тазобедренный сустав;
- о коленный сустав;

о лучевой сустав;

285. ВОСПАЛЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА - ЭТО

- У гонит;
- о коксит;
- о омартрит;
- о спондилит;

286. ПАНАРИЦИЙ - ЭТО

- о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;
- У воспалительное заболевание тканей пальцев;
- о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;
- о любой гнойный процесс на ладони;

287. ПАРОНИХИЯ - это

- о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;
- У воспаление тканей в области околоногтевого валика;
- о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;

о любой гнойный процесс на ладони;

288. ПАНДАКТИЛИТ - ЭТО

о гнойное осложнение перелома фаланги пальца кисти;

о воспаление тканей в области околоногтевого валика;

о гнойная рана ладонной поверхности пальца кисти;

У воспаление всех тканей пальца;

289. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК КОЖНОГО ПАНАРИЦИЯ

о резко болезненный инфильтрат;

У гнойный пузырь под эпидермисом;

о воспаление околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца

290. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПАРОНИХИИ -

о резко болезненный инфильтрат;

о гнойный пузырь под эпидермисом;

У локализация процесса в области околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца;

291. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СУСТАВНОГО ПАНАРИЦИЯ

о гнойный пузырь под эпидермисом;

о локализация процесса в области околоногтевого валика;

о вынужденное полусогнутое положение пальца;

У веретенообразная конфигурация пальца.

292. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ -

о резко болезненный инфильтрат;

о гнойный пузырь под эпидермисом;

о воспаление околоногтевого валика;

У деструкция кости фаланги пальца на рентгенограмме;

293. ФАЗЫ (СТАДИИ) РАЗВИТИЯ ПАНАРИЦИЯ:

о микротравмы;

о латентная;

У гнойно-некротическая;

о формирования исходов.

294. ПРИ ПАНАРИЦИИ О ПЕРЕХОДЕ ПРОЦЕССА В ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФАЗУ ВОСПАЛЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

о боль;

о отек;

У признак размягчения тканей;

о гиперемия.

295. ПРИ ПАНАРИЦИЯХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ВЫПОЛНЯЮТ

У в гнойно-некротическую фазу воспаления;

о при регионарном лимфадените;

о при фебрильной лихорадке;

о при лимфангите;

296. К ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ:

о абсцесс;
о флегмона;
У все верно;

о рожа;

297. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ -

о фурункул;

У сепсис;

о абсцесс;

о мастит;

298. ВОСПАЛЕНИЕ ВОЛОСЯНОГО Фолликула И ПРИЛЕЖАЮЩЕЙ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОКРУЖАЮЩЕЙ ИХ ТКАНЬЮ - ЭТО

У фурункул;

о гидраденит;

о фурункулёз;

о карбункул;

299. ФУРУНКУЛЕЗ - ЭТО

о осложнение фурункула;

о рецидив фурункула;

о воспаление волосяного фолликула;

У воспаление множества фолликулов в разных областях тела,

300. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ФУРУНКУЛА ОТНОСЯТСЯ:

о тромбоэмболия легочной артерии;

о острый тромбофлебит;

У регионарный лимфангит и лимфаденит;

о перитонит;

301. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ПОКАЗАНО ПРИ

У абсцедировании;

о увеличении инфильтрата в размерах;

о появлении лимфаденита;

о плохой переносимости боли;

302. КАРБУНКУЛ - ЭТО

У гнойно-некротическое воспаление, вовлекающее несколько рядом расположенных волосяных фолликулов, сальных желёз и подкожной клетчатки;

о рецидив фурункула;

о воспаление волосяного фолликула;

о воспаление множества волосяных фолликулов;

303. ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ВИДЕ ЕДИНОГО КОНГЛОМЕРАТА ИЗ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ Фолликулов, САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ И ОКРУЖАЮЩИХ ИХ ТКАНЕЙ - ЭТО

о фурункул;

о гидраденит;

о фурункулёз;

У карбункул;

304. ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

о сальной железы;

У апокриновой потовой железы;

о волосяного фолликула;

о лимфатического сосуда;

305. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИДРАДЕНИТА:

У множественность воспалительных фокусов;

о локализация гноя в любой области кожи;

о разлитая гиперемия в зоне поражения;

о вовлечение в процесс волосяного фолликула.

306. РОЖА - ЭТО

У стрептококковое поражение кожи;

о поражение кожи палочкой свиной рожи;

о неспецифическое воспаление кожи;

о гнойное воспаление слюнных желёз;

307. ПРИ РОЖЕ ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЕТСЯ

о подкожная клетчатка;

о мышечная ткань;

о костная ткань;

У кожа;

308. ОСЛОЖНЁННЫЕ ФОРМЫ РОЖИ:

о эритематозная;

о буллезная;

о геморрагическая;

У флегмонозная;

309. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БУЛЛЁЗНОЙ ФОРМЫ РОЖИ -

о симптом «контурной карты»;

о шелушение кожи;

о кровоизлияния в подкожную клетчатку;

У отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;

310. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК НЕКРОТИЧЕСКОЙ РОЖИ -

о симптом «контурной карты»;

о шелушение кожи;

о отслоение эпидермиса и образование пузырей на коже;

У 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, ударила голову 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: Р-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, Р-снимок костей черепа, люмбальная пункция. Противоотечное лечение, антигистаминные и сосудорасширяющие препараты. Местно – холод.

ВОПРОС № 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.

ОТВЕТ № 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. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией. При резко выраженной подкожной эмфиземе – подкожное введение толстых инъекционных иглоков.

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.

Тема № 2. «Переломы. Вывихи». **(10 вопросов)**

В О П Р О С № 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. 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 ударилась левым бедром. Жалуется на боли в левом бедре. Движения в левом бедре невозможны. Левая стопа ротирована кнаружи. 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 отведёте 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 показания 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 рентгеноскопию 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 эпсилон-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 обезболивать 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 II-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, достигающий до верхней трети, гиперемия кожи, отечность. Флюктуации нет. Температура тела 37,6°.

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, бутадон 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 3., 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 Т., 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 тромбофлебит 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 верхушка 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 выберете, 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 40,5о, 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 х 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 - 36,8о. Однако, на 4-5-е сутки повысилась

температура до 37,2-37,4о. 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 удастся 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 40о, 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 40,5°. 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 - $16,4 \times 10^9/\text{л}$, 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. Болеет 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 шадящий 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.
 - І. По морфологическим проявлениям: целлюлит, миозит, смешанная.
 - ІІ. По распространенности: локализованная, распространенная.
 - ІІІ. 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 бурые пятна, 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. Культия 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) Тетаноспазм — вызывает судороги, тетанолизин — лизис эритроцитов. Путь распространения периневрально, 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 38-39о. 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 х 1 х 0,5 см с изъеденными краями. Гнойная полость размерами 3 х 5 х 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. Левый 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 размозжение 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 тромболиза, 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 века 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 алопеции?

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°, 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 38,0°С. 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 х 0,5 см с интенсивным (после удаления повязки) капиллярным кровотечением. Наряду с этим, рядом с раной определяется округлой формы опухолевидное образование размерами 5 х 4 х 7 см. Кожные покровы над ним несколько напряжены, имbibированы 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 потребуется 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-IIIa 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 37,6-37,9о), 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 IIIа 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 одномоментно 12 пострадавших на аварии теплосети рабочих. При этом они получили ожоги горячим паром II-IIIа 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 эксфолиации. 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 лучшим 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) некрэктомию, 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 мл, 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 электрическим током.

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 37,6о, 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 ballotирования 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 х 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.

Какая 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 гемодилюцией. Для предотвращения синдрома массивной гемодилюции.

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 sensibilization 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 покровы 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 R-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 поджатою 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 плевро 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 бжежнечки 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 наколот 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 38о, 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, гиперемии 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 междисухожильных 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 меdpальцевого 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 37,80, 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 (конрапертур), дренирование. В послеоперационном периоде: перевязки, санация раны и дренажей, которые удаляются при положительной динамике процесса. Назначение антибактериальных средств парентерально, желательно 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, пентоксилом, 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 тромбофлебит 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 пентоксилом, 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, отека, 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, Р-скопия желудка, внутри 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 х 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 х 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.

Тема № 17. «Кровотечение. Кровопотеря. Временная остановка 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 культи 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 культи 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 гемиперкулярный 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 болезненен. 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 VII 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(III), 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 неблагополучного 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 тромбоз 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 – III (3); В – III (1 – 2) ?

ОТВЕТ № 4

Правильный ответ: В – III (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 ригидности 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.

