МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

Общая хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Общей и факультетской хирургии**

Учебный план 310501_25_1 лд.plx
Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

Квалификация **врач-лечебник**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **6 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 216
в том числе:

аудиторные занятия 144
самостоятельная работа 53,7
17,5

Виды контроля в семестрах:
зачет 5

экзамен 6

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	**5 (3.1)**		**6 (3.2)**		Итого	
Недель	20		18 2/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП	УП	РП
Лекции	27	27	9	9	36	36
Практические	72	72	36	36	108	108
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3			0,3	0,3
Контактная работа в период экзаменационной сессии			0,5	0,5	0,5	0,5
В том числе инт.	10	10	5	5	15	15
Итого ауд.	99	99	45	45	144	144
Контактная работа	99,3	99,3	45,5	45,5	144,8	144,8
Сам. работа	44,7	44,7	9	9	53,7	53,7
Часы на контроль			17,5	17,7	17,5	17,5
Итого	144	144	72	72	216	216

Программу составил(и):
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Осмонов Т.А._____ к.м.н., доцент Арбышев Б.Т._____

Рецензент(ы):
К.м.н., доцент Мамашев Н.Д._____

Рабочая программа дисциплины

разработана в соответствии с ФГОС 3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016 г. № 95)

составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.05.01. - РФ, 560001 - КР Лечебное дело

утвержденного учёным советом вуза от 30.06.2025 протокол № 13

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от 28.08.2025 г. № 1
Срок действия программы: уч.г.2025-2031
Зав. кафедрой д.м.н. Осмонов Т.А

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____2026 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2026-2027 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____2026 г. № _
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____2027 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2027-2028 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____2027 г. № _
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____2028 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2028-2029 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____2028 г. № _
Зав. кафедрой

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____2029 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2029-2030 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____2029 г. № _
Зав. кафедрой

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Обучение студентов теоретическим основам и практическим навыкам по основным разделам общей хирургии, по некоторым разделам частной хирургии.
2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1. Б
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Лучевая диагностика
2.1.2	Гигиена
2.1.3	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.4	Патологическая анатомия
2.1.5	Фармакология
2.1.6	Топографическая анатомия и оперативная хирургия
2.1.7	Биоэтика
2.1.8	Медицинская информатика
2.1.9	Нормальная физиология
2.1.10	Гистология, эмбриология, цитология
2.1.11	Иммунология
2.1.12	Анатомия
2.1.13	Биология
2.1.14	Латинский язык
2.1.15	Сестринское дело
2.1.16	Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков, в том числе первичных умений и навыков научно-исследовательской деятельности (Общий уход за хирургическими больными)
2.1.17	Физика, математика
2.1.18	Химия
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Лучевая диагностика
2.2.2	Акушерство и гинекология
2.2.3	Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия
2.2.4	Факультетская хирургия
2.2.5	Госпитальная хирургия
2.2.6	Клиническая биохимия
2.2.7	Оториноларингология
2.2.8	Офтальмология
2.2.9	Травматология, ортопедия
2.2.10	Детская хирургия
2.2.11	Стоматология
2.2.12	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия
2.2.13	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-6: готовностью к ведению медицинской документации	
Знать:	
Уровень 1	Перечень учетно-отчетной первичной медицинской документации в медицинских организациях.
Уровень 2	Характеристику учетно-отчетной первичной и вторичной медицинской документации в медицинских организациях

Уровень 3	Нормативную и отчетную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.
Уметь:	
Уровень 1	Ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях.
Уровень 2	Оформлять медицинскую документацию согласно нормативным актам.
Уровень 3	Вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с учётно-отчётной документацией различного характера в медицинских учреждениях.
Уровень 2	Навыками сравнительной характеристики медицинской документации различного характера в медицинских учреждениях.
Уровень 3	Методами ведения медицинской документации различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях.
ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	
Знать:	
Уровень 1	Особенности сбора жалоб и анамнеза больных. Методику обследования Основные клинические симптомы и синдромы часто встречающихся заболеваний; Дополнительные методы диагностики часто встречающихся заболеваний.
Уровень 2	Факторы риска возникновения заболеваний у взрослого населения Этиопатогенез, клиническую картину и диагностику часто встречающихся неврологических заболеваний.
Уровень 3	Показания и противопоказания к проведению дополнительных методов исследования.
Уметь:	
Уровень 1	Собирать жалобы, анамнез у больных. Составить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания. Исследовать общесоматический статус.
Уровень 2	Определить синдромы при различных заболеваниях; Определить показания и противопоказания для выбора дополнительных методов исследования.
Уровень 3	Поставить предварительный диагноз. Провести комплексное медицинское обследование с целью подтверждения предварительного диагноза.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками сбора жалоб пациента и данных его анамнеза. Медицинской этикой и деонтологией. Методикой общего осмотра Навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования для диагностики часто встречающихся заболеваний.
Уровень 2	Навыками постановки предварительного диагноза Навыками интерпретации основных лабораторных и инструментальных методов обследования.
Уровень 3	Навыками оформления медицинской документации. Навыками обоснования предварительного диагноза.
ПК-6: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
Знать:	
Уровень 1	Основные и дополнительные методы исследования.
Уровень 2	Симптомы, синдромы заболеваний, основные нозологические формы в соответствии с МКБ-10.
Уровень 3	Алгоритм постановки топического и клинического диагнозов.
Уметь:	
Уровень 1	Решать типичные задачи на основании понимания клинических симптомов и адекватного лечения.
Уровень 2	Выбрать необходимые методы обследования для постановки диагноза и адекватного лечения.
Уровень 3	Обосновать необходимые методы обследования и лечения.

Владеть:	
Уровень 1	Навыками анализа собранных симптомов и обоснованности методов обследования и лечения.
Уровень 2	Навыками обоснованного подхода в диагностике в рамках полномочий врача общей практики.
Уровень 3	Навыками дифференциального диагноза основных заболеваний.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	- истории хирургии, этапах ее развития и вкладе наиболее выдающихся хирургов;
3.1.2	- этике и деонтологии в хирургии;
3.1.3	- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в хирургических отделениях и кабинетах лечебно - профилактических учреждений;
3.1.4	- организации хирургических стационаров и хирургической помощи;
3.1.5	- современных научных и практических достижениях в хирургии.
3.2	**Уметь:**
3.2.1	использовать в практике полученные им в ходе изучения предмета следующие знания: асептика и антисептика; переливание крови и ее компонентов; основы анестезиологии; основные симптомы и синдромы в хирургии; общие принципы клинического, инструментального и лабораторного обследования хирургических больных; основные виды и этапы операций и хирургических манипуляций; ведению хирургических больных в пред- и послеоперационном периодах.
3.3	**Владеть:**
3.3.1	- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
3.3.2	- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста;
3.3.3	- алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
3.3.4	- накладывать основные виды повязок на различные части тела при помощи марлевых бинтов, лейкопластыря, индивидуального перевязочного пакета, подручных средств и т.д.;
3.3.5	- проводить подготовку, укладку и стерилизацию перевязочного материала, белья, инструментов, шовного материала и т.д., оценить: стерильность материала в биксе;
3.3.6	- обрабатывать руки перед операцией, обрабатывать и укладывать операционное поле, одевать стерильное операционное белье и перчатки, работать со стерильными материалами и инструментами;
3.3.7	- готовить лекарственные средства для инъекций и выполнить подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
3.3.8	- временной и окончательной остановки наружного кровотечения, лечения кровопотери;
3.3.9	- проводить сердечно-легочную реанимацию (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание);
3.3.10	- оказывать первую медицинскую помощь при ранениях, переломах, вывихах, ожогах, отморожениях, электротравмах, черепно-мозговых травмах, пневмотораксе;
3.3.11	- накладывать транспортную иммобилизацию при помощи стандартных и подручных средств;
3.3.12	- определять группы крови и резус-фактор, пригодность крови и ее компонентов для переливания, проводить пробы на совместимость при переливании крови;
3.3.13	- профилактику пролежней;
3.3.14	- собирать жалобы, анамнез заболевания и жизни, проводить клиническое обследование хирургических больных, диагностировать основные симптомы и синдромы при хирургических заболеваниях;
3.3.15	- оценить тяжесть состояния больного, тяжесть кровопотери;
3.3.16	- оформлять историю хирургического больного, описывать местный патологический статус (status localis;
3.3.17	- составить план инструментального обследования хирургических больных;
3.3.18	- оценивать данные основных лабораторных исследований при хирургических заболеваниях;
3.3.19	- подготавливать больного к операции и осуществлять уход за ним в послеоперационном периоде;
3.3.20	- инструментальную перевязку ран.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	**Наименование разделов и тем /вид занятия/**	**Семестр / Курс**	**Часов**	**Компетенции**	**Литература**	**Инте ракт.**	**Примечание**
	Раздел 1. Введение в предмет.						
1.1	Введение в хирургию. История мировой и отечественной хирургии. Деонтология в хирургии. Организация и структура хирургической службы. /Лек/	5	1	ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Э1 Э2 Э5 Э6 Э7	0	
1.2	Вводное занятие. Деонтология в хирургии. Организация и структура хирургической службы. Знакомство с кафедрой и клиникой. /Пр/	5	3	ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Э1 Э2 Э5 Э6 Э7	1	Экскурсия по клинике.
1.3	Введение в хирургию. История мировой и отечественной хирургии. Деонтология в хирургии. Организация и структура хирургической службы. /Ср/	5	2	ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Э1 Э2 Э5 Э6 Э7	0	
	Раздел 2. Десмургия. Асептика. Антисептика. Кровотечения. Переливание крови.						
2.1	Антисептика. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.2	Асептика. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.3	Кровотечение. Остановка кровотечения. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.4	Группы крови. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.5	Десмургия. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Работа на манекене
2.6	Антисептика - 1. Определение, виды. Основные группы химических антисептиков. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.7	Антисептика - 2. Биологическая антисептика. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

2.8	Асептика -1. Основные пути распространения инфекции в хирургии. Организация хирургического стационара. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.9	Асептика - 2. Стерилизация, методы. Обработка рук хирурга, операционного поля. Контроль стерильности. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
2.10	Асептика – 3. Внутрибольничная инфекция. Проблема вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции в хирургии. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
2.11	Кровотечение. Виды. Методы остановки кровотечения. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Ролевая игра

2.12	Группы крови, резус-фактор и их определение. Компоненты крови. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.13	Переливание крови. Показания. Техника. Методы. Осложнения. /Пр/	5	3	ПК-6 ПК-5 ОПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	Работа на манекене
2.14	Донорство. Основы трансфузиологии, плазмозаменители, показания. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.15	Антисептика. /Ср/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.16	Асептика. /Ср/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.17	Кровотечение. Остановка кровотечения. /Ср/	5	3	ПК-5 ОПК6 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
2.18	Группы крови. Переливание крови, ее компонентов и кровезаменителей. /Ср/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

	Раздел 3. Основы хирургии повреждений. Терминальные состояния.						
3.1	Травма. Травматизм. Общие вопросы хирургии повреждений. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения, разрывы. Травматический токсикоз (СДР). Первая медицинская помощь. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.2	Закрытые повреждения головы, грудной клетки, живота. Первая медицинская помощь. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.3	Терминальные состояния. Шок, виды, лечение. Волемические нарушения. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.4	Травма. Травматизм. Общие вопросы хирургии повреждений. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.5	Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения, разрывы. Травматический токсикоз (СДР). Первая медицинская помощь. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
3.6	Закрытые повреждения головы, грудной клетки, живота. Первая медицинская помощь. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
3.7	Терминальные состояния. Шок, виды, лечение. Волемические нарушения. /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
3.8	Травма. Травматизм. Общие вопросы хирургии повреждений. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения, разрывы. Травматический токсикоз (СДР). Первая медицинская помощь. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.9	Закрытые повреждения головы, грудной клетки, живота. Первая медицинская помощь. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
3.10	Терминальные состояния. Шок, виды, лечение. Волемические нарушения. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

	Раздел 4. Основы хирургии ран, гнойно-септической хирургии. Основы хирургии нарушений регионарного кровообращения.						
4.1	Раны, раневая инфекция. Лечение ран. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.2	Переломы костей. Вывихи суставов. Определение, классификация, клиника, диагностика, осложнения. Лечение переломов и вывихов. Первая медицинская помощь. Обезболивание. Транспортная иммобилизация. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.3	Ожоги, ожоговая болезнь. Первая медицинская помощь. Отморожения, электротравмы. Первая медицинская помощь. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.4	Острая гнойная неспецифическая хирургическая инфекция кожи и мягких тканей, костей и суставов. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.5	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция. Сепсис. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.6	Омертвения, некрозы, гангрены, пролежни, трофические язвы, свищи. /Лек/	5	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.7	Раны, раневая инфекция. Лечение ран. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.8	Переломы костей. Вывихи суставов. Определение, классификация, клиника, диагностика, осложнения. Лечение переломов и вывихов. Первая медицинская помощь. Транспортная иммобилизация. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.9	Ожоги, ожоговая болезнь. Отморожения, электротравмы. Первая медицинская помощь. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	И

4.10	Острая гнойная хирургическая инфекция кожи и мягких тканей. Острая гнойная хирургическая инфекция костей и суставов. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.11	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.12	Общая гнойная инфекция (сепсис). /Пр/	5	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.13	Омертвения, некрозы, гангрены, пролежни, трофические язвы, свищи. /Пр/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	И
4.14	Раны, раневая инфекция. Лечение ран. /Ср/	5	3	ПК-5 ОПК6 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.15	Ожоги, ожоговая болезнь. Первая медицинская помощь. Отморожения, электротравмы. Первая медицинская помощь. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.16	Острая гнойная неспецифическая хирургическая инфекция кожи и мягких тканей, костей и суставов. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.17	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция. Сепсис. /Ср/	5	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

4.18	Омертвения, некрозы, гангрены, пролежни, трофические язвы, свищи. /Ср/	5	3,7	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
4.19	/КрТО/	5	0,3			0	
4.20	/Зачёт/	5	0		Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

	Раздел 5. Обследование хирургических больных. Операция, пред- и послеоперационный период. Боль, болевой синдром в хирургии.						
5.1	Обследование хирургических больных. Курация больных. Современные достижения и новые технологии в хирургии. /Лек/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.2	Обследование хирургических больных. Методы исследования хирургических больных. Оформление истории болезни хирургических больных. Курация больных. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	2	Работа на манекене
5.3	Обследование хирургических больных. Курация больных. Современные достижения и новые технологии в хирургии. /Ср/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.4	Операция, пред- и послеоперационный период. Основы анестезиологии (общее, местное обезболивание). /Лек/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.5	Операция, пред- и послеоперационный период. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.6	Боль, болевой синдром в хирургии. Общее обезболивание. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.7	Местное обезболивание. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
5.8	Операция, пред- и послеоперационный период. Основы анестезиологии (общее, местное обезболивание). /Ср/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
	Раздел 6. Основы клинической (частной) хирургии.						
6.1	Основы хирургии паразитарных заболевания. Основы хирургии эндокринологических заболеваний. /Лек/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

6.2	Основы хирургической онкологии. Основы пластической и реконструктивной хирургии. Аномалии и пороки развития. Основы трансплантологии. /Лек/	6	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
6.3	Хирургические паразитарные заболевания. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.4 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
6.4	Хирургическая эндокринология. Эндемический зоб, диабетическая стопа. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Л3.9 Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
6.5	Опухоли, основы хирургической онкологии. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
6.6	Аномалии и пороки развития. Основы пластической и реконструктивной хирургии. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
6.7	Основы трансплантологии. /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1	Показ видеофильма
6.8	Основы хирургии паразитарных заболевания. Основы хирургии эндокринологических заболеваний. /Ср/	6	2	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л3.3 Л3.4 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
6.9	Основы хирургической онкологии. Основы пластической и реконструктивной хирургии. Аномалии и пороки развития. Основы трансплантологии. /Ср/	6	3	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л2.4 Л2.1 Л3.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
6.10	/КрЭк/	6	0,5			0	
6.11	/Экзамен/	6	17,5	ОПК-6 ПК5 ПК-6	Л1.3 Л1.2 Л1.1 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

5 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Вопросы на уровень обученности
«ЗНАТЬ»
5 СЕМЕСТР:
Модуль 1. Введение в предмет. Десмургия. Асептика. Антисептика.
Определение хирургии.

Основные исторические моменты мировой и отечественной хирургии.
Вклад российских, советских, кыргызских хирургов.
Этапы развития хирургии, с какими открытиями они связаны.
Особенности деонтологии в хирургии.
Организация и структура хирургической службы.
Назовите и покажите основные этапы перевязки.
Когда применяются эластичные сетчатотрубчатые бинты и в чем состоит их преимущество.
Расскажите и покажите наложение клеевой повязки, лейкопластырной повязки.
Расскажите о правилах наложения бинтовых повязок, соблюдая строгую последовательность.
Назовите виды бинтовых повязок и расскажите о их назначении.
Наложите повязки на различные части и области тела.
Покажите, как накладывается индивидуальный перевязочный пакет.
Что такое пращевидные повязки и когда они применяются?
Назовите виды перевязочного материала и каковы их свойства?
Что означает современная антисептика?
Что такое антисептические средства?
В чем заключается механизм антисептиков?
Назовите основные группы антисептических веществ.
Назовите антисептики, применяемые для обработки рук.
Перечислите антисептики группы галоидов.
Перечислите антисептики группы окислителей.
Перечислите группы солей тяжелых металлов.
Перечислите альдегиды.
Перечислите фенолы.
Перечислите красители.
Перечислите антисептики группы кислот и щелочей.
Перечислите антисептики группы детергентов.
Механизм действия ферментов (энзимотерапия).
Перечислите известные вам группы антибиотиков.
Охарактеризуйте сульфаниламидные препараты.
Назовите производные антибиотики группы пенициллина, способы их применения.
Назовите производные нитрофурана.
Назовите основные антибиотики группы стрептомицина, способ их применения.
Назовите основные группы тетрациклина, способ их применения.
Назовите группы левомицетина, способ их применения.
Назовите основные группы макролитов, способ их применения.
Назовите основные антибиотики группы аминогликозидов, способ их применения.
Какие вы знаете противогрибковые антибиотики?
Какие вы знаете основные методы применения антибиотиков?
Какие осложнения и когда могут вызвать антибиотики?
Дайте определение асептики и расскажите об ее значении в хирургии.
Виды асептики.
Основные пути распространения инфекции в хирургии.
Профилактика воздушной и капельной инфекции.
Организация хирургического отделения, его планировка, основные помещения и их устройство. Санитарно-гигиенический режим в хирургическом отделении. Перевязочная и ее оборудование.
Операционный блок, его устройство и оборудование: операционная, предоперационная, стерилизационная, материальная, аппаратурная, помещение для анестезиологической службы, эндоскопическая и др.
Санитарно-гигиенический режим в перевязочной и операционной.
Виды уборки операционной и перевязочной.
Поведение персонала и посетителей (студентов, врачей) в операционной.
Нормативно-правовые документы по асептике.
Какие существуют правила обработки рук?
Расскажите обеззараживании рук по Спассокукотскому-Кочергену.
Обработка рук муравьиной кислотой (С-4).
Обработка рук диоцидом.
Обработка рук хлоргексидином биглюконатом.
Обработка рук новосептолом.
Обработка рук дегмином, дегмицидом.
Ускоренный способ обработки рук.

Ультразвуковая обработка рук.
Способы обработки операционного поля.
Расскажите о применении и устройстве бикса.
Какие существуют способы укладки материала в бикс?
Расскажите о способах контроля стерильности и о значении его асептики.
Расскажите об устройстве автоклава.
Перечислите последовательность действий при стерилизации в автоклаве.
Как простерилизовать шприцы?
Как простерилизовать перчатки?
В чем заключается предстерилизационная обработка инструментов. Как стерилизуется режущий и колющий инструмент?
Как стерилизовать кетгут?
Как стерилизовать шовный материал из синтетического материала?
Как стерилизовать шелк?
Как стерилизовать имплантаты, протезы?
Внутрибольничная инфекция.
Проблема вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции в хирургии.
Модуль 2. Кровотечения. Переливание крови.
Что называется кровотечением?
Виды кровотечения.
Назовите возможные причины кровотечения.
Расскажите классификацию кровотечений.
Какова клиническая картина кровотечений?
Назовите возможные осложнения кровотечений?
Расскажите о временных способах остановки кровотечения.
Наложение резинового жгута Эсмарха на плечо и объясните правила его наложения.
Перечислите возможные ошибки и опасности при наложении жгута.
Наложение на плечо матерчатой закрутки.
В чем заключается оказание первой помощи при внутреннем кровотечении?
Каковы методы и способы окончательной остановки кровотечения?
Как можно провести окончательную остановку внутреннего кровотечения?
Каковы особенности ухода за больными после окончательной остановки кровотечения?
Принцип трансфузионной терапии при кровопотере.
Каковы особенности трансфузионной терапии при кровотечении в ЖКТ?
Особенности кровотечений у детей.
Напишите соотношение агглютиногенов и агглютининов в группах крови.
Что такое изоемоглютинация и когда она происходит?
Напишите группу крови по международной номенклатуре.
Расскажите о правильном хранении стандартных сывороток и требования, предъявляемые к ним.
Как определяются группы крови стандартными сыворотками?
Расскажите о возможных ошибках при определении групп крови.
Что следует делать, если при определении групповой принадлежности результаты сомнительны?
Что такое резус-фактор и какое он имеет значение при переливании крови?
Расскажите о методике резус-фактора.
Расскажите о групповой совместимости крови по системе АВО.
Когда кровь совместима по резус-фактору?
Когда наблюдается несовместимость переливаемой крови по эритроцитам?
Понятие о несовместимости крови по лейкоцитам.
Понятие о несовместимости крови по тромбоцитам.
Понятие о белковой несовместимости.
Какая опасность переливания долгохранящейся крови?
Что такое микробная несовместимость крови и когда она наблюдается?
В чем заключается опасность переливание массивных доз I группы крови?
Понятие – «Опасный реципиент».
Понятие - «Опасный донор».
Расскажите, как определяется групповая совместимость крови?
Расскажите и определите индивидуальную совместимость.
Определите резус-совместимость.
Проведите биологическую пробу.
Расскажите о своевременных показаниях к переливанию цельной крови.
Расскажите о своевременных показаниях к переливанию крови.
Как производится реинфузия крови и в каких случаях?

Как вы понимаете аллотрансфузию крови?
Особенности переливания крови с целью стимуляции организма человека.
Перечислите методы непрямого переливания крови.
Перечислите способы переливания крови.
Когда возникает гемотрансфузиционный шок, его клиника.
Какие осложнения могут возникнуть при переливании крови, связанные с нарушением техники переливания.
Какие инфекционные болезни могут передаваться от донора реципиента.
Какие осложнения могут быть связаны с неправильным определением годности крови к переливанию?
Что такое цитратный шок и его профилактика?
Какие причины вызывают пирогенные реакции?
Особенности переливания крови у детей.
В чем заключается особенность переливания крови при кровотечениях в желудочно-кишечный тракт?

Модуль 3. Основы хирургии повреждений. Терминальные состояния.

Что называется травмой?
Что называется травматизмом?
Расскажите классификацию травм.
Перечислите непосредственно опасности травмы.
Перечислите ближайшие опасности травмы.
Какие могут быть поздние опасности и осложнения травм.
Расскажите классификацию травматизма.
В чем заключается профилактика травматизма?
Какие особенности исследования больных с острой травмой?
Особенности травматизма у детей.
Чем отличается ушиб от растяжения.
Расскажите клиническую картину ушиба мягких тканей, первую помощь и лечение.
Расскажите клиническую картину и лечение разрыва связок сустава, лечение.
Клиническая картина разрыва фасций.
Клиническая картина разрыва мышц, лечение.
Клиническая картина разрыва сухожилий, лечение.
Клиническая картина разрыва нерва, лечение.
При какой травме развивается синдром травматического токсикоза.
Перечислите периоды синдрома травматического токсикоза.
Клиническая картина первого периода травматического токсикоза.
Клиническая картина второго периода травматического токсикоза.
Клиническая картина второго периода травматического токсикоза, патогенез ОПН.
Симптомы третьего периода травматического токсикоза.
Первая помощь при травматическом токсикозе.
Механизм действия и цель введения ГОМК (гемма /окси / масляная к-та больным с травматическим токсикозом).
Лечение больных с травматическим токсикозом, в первый период болезни.
Лечение больных с травматическим токсикозом во втором периоде при развитии острой почечной недостаточности.
Клиника почечной комы и лечение.
Виды гемодиализа. Показания к применению. Методика применения.
Сотрясение головного мозга, определение, клиника, лечение.
Ушиб мозга, причины, клиника, лечение.
Сдавление мозга, причины, клиника, лечение.
Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение.
Виды пневмоторакса, причины, клиника, лечение.
Понятие о гемотораксе.
Клиника и лечение разрыва полого органа живота.
Клиника и лечение повреждений паренхиматозного органа.
Повреждение мочевого пузыря, клиника, лечение.
Терминальные состояния.
Шок. Определение.
Причины развития.
Классификация.
Клиника.
Лечение.
Профилактика.
Травматический шок.
Волемические нарушения.
Причины развития, патогенез, методы лечения.

6 СЕМЕСТР:

Модуль 4. Обследование хирургических больных. Операция, пред- и послеоперационный период. Боль, болевой синдром в хирургии.

Особенности обследования хирургических больных.
Понятие симптом, синдром в хирургии.
Обследование хирургического больного по органам и системам.
Локальный статус.
Опрос, осмотр, пальпация, аускультация.
Что называется предоперационным периодом?
Какое значение играет выявление сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде?
Как проводится подготовка нервной системы к операции.
Как готовят сердечно-сосудистую систему к операции.
Расскажите о подготовке к операции желудочно-кишечного тракта.
Операция, этапы.
Операционные доступы.
Фазы послеоперационного периода.
Изменения крови в послеоперационном периоде.
Осложнения послеоперационного периода.
Осложнения со стороны органов дыхания.
Осложнения со стороны органов брюшной полости.
Осложнения со стороны органов мочевыделения.
Патогенез тромбоэмболии в послеоперационном периоде.
Особенности проведения операций, пред- и послеоперационного периода у детей.
История развития анестезиологии и реаниматологии.
Значение обезболивания в хирургии.
Фармакологические средства, применение в анестезиологии.
Методы преднаркозной медикаментозной подготовки больных к операции.
Опасности и возможные осложнения. Предупреждение и борьба с ними.
Значение и методы психоэмоциональной подготовки больных к операции.
Наркотические вещества – препараты барбитуровой кислоты, гексенал, тиопентал – натрия и др.
Препараты небарбитурового ряда: оксибутерат натрия, сомбревин.
Ингаляционный наркоз. Газообразные наркотические средства.
Мышечные релаксанты.
Неингаляционный наркоз.
Выбор метода обезболивания.
Особенности общего обезболивания у детей.
Местное обезболивание.
Препараты для местного обезболивания. Новокаин, тримекаин, диквин. Методы местного обезболивания.
Техника местного обезболивания.
Показания.
Противопоказания.
Опасности.
Осложнения.
Особенности местного обезболивания у детей.

Модуль 5. Основы хирургии ран, гнойно-септической хирургии. Основы хирургии нарушений регионарного кровообращения.

Что называется раной.
Классификация ран по характеру повреждений ткани.
Раны по причине повреждения.
Что такое бактериальное загрязнение раны?
Чем отличается бактериальное загрязнение от инфекции ран?
Перечислите опасности ран.
Местные симптомы ран.
Общие симптомы ран.
От чего зависит интенсивность боли в ране.
Чем объяснить зияние раны?
Колотая рана.
Резаная рана.
Огнестрельная рана.

Фаза гидратации раневого процесса.
Фаза дегидратации раневого процесса.
Виды швов, показания к их применению.
Причины трансфузионной терапии при дефиците клеточный элементов крови.
Принцип трансфузионной терапии при дефиците белковой крови.
Перечислите компоненты крови.
Перечислите кровезаменители.
Особенности трансфузиологии у детей.
Расскажите о гнотобиологическом методе лечения ран.
Виды заживления ран.
Осложнения.
Первая медицинская помощь при ранах.
Что называется переломом.
Классификация переломов.
Клинические симптомы переломов.
Что называется вывихом?
Классификация вывихов.
Клинические симптомы вывихов.
Перечислите смещения костных отломков.
Особенности вывихов у детей.
Виды гипсовых повязок.
Как подготовить гипсовый бинт и лангету?
Какие существуют методы лечения переломов?
Методы вправления вывихов.
Как оказывается первая помощь при переломах.
Классификация шин.
Правила наложения шин.
Транспортная иммобилизация (стандартные и импровизированные шины).
Профилактика травматического шока.
Особенности лечения переломов и вывихов у детей.
Что называется ожогом?
Что называется отморожением?
Что называется электротравмой?
Классификация ожогов по Крейбиху.
Какие существуют методы определения ожоговой поверхности – площади?
Особенности течения ожогового шока.
Как оказать первую помощь при термических ожогах?
Как оказать помощь при химическом ожоге?
Методы лечения ожогов.
В чем заключается профилактика отморожений?
Оказание первой помощи при отморожениях.
Лечение отморожений в дореактивном периоде.
Лечение отморожений в реактивном периоде.
Лечение электротравмы.
Особенности ожогов, отморожений, электротравмы у детей.
Расскажите классификацию хирургической инфекции.
Каковы основные принципы лечения гнойных заболеваний.
Фурункул. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
Фурункулез: отличие от карбункула, лечение.
Карбункул. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
Флегмона, определение, этиология, клиника и лечение.
Панариций, классификация, клиника, лечение.
Рожистое воспаление, этиопатогенез, клиника и лечение.
Гидраденит, определение, этиопатогенез, клиника, лечение.
Паронихия. Клиника, лечение.
Лимфаденит, лимфангит, клиника и лечение.
Мастит, определение, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
Теория возникновения остеомиелита.
Острый гематогенный остеомиелит, клиника, лечение.
Хронический остеомиелит, клиника, лечение.
Абсцесс Броди, определение, клиника, лечение.

Остеомиелит Гарри, клиника, лечение.
Альбуминозный остеомиелит Олье, клиника, лечение.
Острогнойные воспаления суставов, клиника и лечение.
Какая инфекция называется анаэробной?
Перечислите возбудителя анаэробной инфекции.
Какие факторы способствуют развитию анаэробной инфекции?
Почему при анаэробной инфекции быстро развивается отек тканей?
Каков инкубационный период газовой гангрены?
Расскажите клиническую картину газовой гангрены.
Расскажите профилактику газовой гангрены.
Для чего необходимо изолировать больного с анаэробной инфекцией?
Как проводится хирургическое лечение газовой гангрены?
Что такое баротерапия газовой гангрены?
Какая инфекция называется специфической.
Общие понятия о специфической хирургической инфекции.
Сибирская язва.
Определение.
Этиология, причины развития.
Клиника.
Диагностика.
Лечение, особенности лечения (специфическая терапия).
Осложнения.
Профилактика.
Расскажите классификацию столбняка.
Расскажите клиническую картину столбняка.
Как проводится неспецифическая профилактика столбняка?
В чем заключается специфическое лечение столбняка?
Как проводится борьба с судорогами при столбняке?
Какова особенность клинического течения столбняка, развивающегося после криминального аборта?
Общая гнойная инфекция (сепсис). Определение.
Классификация.
Этиология, пути проникновения инфекции в организм.
Патогенез.
Клиника, клиническое течение сепсиса (молниеносный, острый, подострый, хронический).
Диагностика.
Лечение (воздействие на организм, на микрофлору, на очаг инфекции).
Осложнения (кровотечения, септический шок, травматическое истощение).
Причины возникновения омертвений.
Перечислите виды омертвений.
Общие принципы лечения.
Патогенез омертвений при нарушении кровообращения.
Что такое тромбоз и эмболия?
Причины возникновения пролежней и меры профилактики?

Модуль 6. Основы клинической (частной) хирургии.
Эхинококкоз человека.
Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Альвеококкоз.
Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Профилактика паразитарных заболеваний.
Особенности хирургических паразитарных заболеваний у детей.
Эндемический зоб. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Диабетическая ангиопатия. Хирургические осложнения. Патогенез, клиника, лечение.
Дать определение понятию – «Эндемические заболевания».
Общие сведения об опухолях.
Опухоли доброкачественные и злокачественные.
Теории развития опухолей, предрасполагающие факторы, предраковые заболевания.
Классификация.
Клиника.
Диагностика, рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, гистологические методы диагностики.
Ранняя диагностика злокачественных опухолей.

Лечение опухолей: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное.
Осложнения.
Профилактика.
Опухоли соединительно-тканные: доброкачественные (фиброма, липома, хондрома, остеома) и злокачественные (саркомы).
Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани (миома, ангиома, невринома, ганглионеврома).
Опухоли эпителиального происхождения: доброкачественные (цистаденома, папиллома, аденома, дермойд) и злокачественные (рак).
Аномалии и пороки развития.
Уродства.
Классификация.
Причины развития.
Хирургическое лечение.
Понятие о пластической хирургии.
Основы пластической и реконструктивной хирургии.
Пластика тканей и органов различными методами.
Микрохирургическая техника.
Трансплантация органов и тканей.
Пересадка стволовых клеток.
Показания, методы, особенности.
Забор, хранение и транспортировка трансплантатов.
Осложнения в послеоперационном периоде.
Юридические проблемы в трансплантологии.

Вопросы на уровень обученности «УМЕТЬ» и «ВЛАДЕТЬ»

1. Сбор жалоб и анамнеза больного.
2. Объективно обследовать хирургического больного.
3. Заполнить историю болезни стационарного больного.
4. Подготовить больного к проведению инструментальных методов обследования.
5. Выполнить пальцевое обследование прямой кишки.
6. Выполнить эластическую компрессию нижних конечностей.
7. Стерилизация шприцев, инструментов.
8. Подготовка рук хирурга к операции (гибитаном, первомуром, по Спасокукоцкому-Кочергину, по Альфельду).
9. Подготовка и обработка операционного поля.
10. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
9. Подготовка и обработка операционного поля.
10. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
11. Приготовление и стерилизация операционного и перевязочного материала.
12. Провести оценку стерильности материала в биксе.
13. Перевязать чистую рану.
14. Перевязать гнойную рану.
15. Провести диализ раны через проточно-промывную систему.
16. Оценить состояние раны и выбрать метод лечения раны.
17. Подобрать инструменты для первичной хирургической обработки.
18. Снять хирургические швы.
19. Наложение мягких повязок:
    А. бинтовые (на голову, шею, туловище, верхние и нижние конечности);
    Б. клеевые (липкопластырные, клеоловые);
    В. косыночные (на голову, верхнюю конечность, молочную железу, культю конечности).
20. Наложить индивидуальный перевязочный пакет при сквозном пулевом ранении конечности.
21. Наложение твердых повязок:
    А. наложение транспортных шин;
Б. приготовление гипсовых бинтов, лонгет;
В. наложение лангетных гипсовых повязок;
Г. наложение циркулярных гипсовых повязок; Д. снятие гипсовых повязок;
Е. проверка годности гипса.

22. Определение общих и местных признаков кровотечения.
23. Осуществить временную остановку кровотечения:
    А. наложением давящей повязки;
    Б. наложением жгута;
    В. пальцевым прижатием кровоточащего сосуда;
    Г. наложением зажима на кровоточащий сосуд;
    Д. максимальным сгибанием конечности;
    Е. приподнятым положением конечности.
24. Выбирать метод остановки кровотечения.
25. Подобрать, препараты для осуществления гемостаза.
26. Подобрать, препараты для проведения инфузионной терапии.
27. Определить годность донорской крови к переливанию.
28. Определить годность плазмы и кровезаменителей к переливанию.
29. Определить группы крови методом стандартных сывороток и цоликлонами.
30. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и больного по группе.
31. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и больного по резус-фактору.
32. Провести трехкратную биологическую пробу при переливании донорской крови.
33. Выполнить венепункцию, взятие проб крови из вены и внутривенные инъекции.
34. Оценить тяжесть кровопотери.
35. Описать местный патологический статус (status localis).
36. Составить план обследования больных: при различных травматических повреждениях; с гнойно-септическими заболеваниями; при кровотечениях.
37. Подготовить систему для переливания донорской крови и кровезаменителей.
38. Написать протокол переливания крови.
39. Написать протокол переливания кровезаменителей.
40. Определение длин конечностей (абсолютной, относительной).
41. Проведение спиц (на костях) при скелетном вытяжении (на фантоме).
42. Приготовление шин Белер-Брауна и ЦИТО для вытяжения.
43. Чтение рентгенограмм.
44. Определение степени ожога.
45. Определение площади ожоговой поверхности.
46. Определение стадии (фазы) ожоговой болезни.
47. Определение гидроторакса.
48. Плевральная пункция.
49. Выполнить подкожные и внутримышечные инъекции.
50. Выполнить измерение центрального веночного давления.
51. Выполнить активно-пассивную профилактику столбняка.
52. Выполнить восстановление проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание, вентиляцию лёгких, аппаратом маска-мешок непрямой массаж сердца.
53. Определить наличие: свободного газа в брюшной полости на рентгенограмме: гидро- и пневмоторакса на рентгенограмме.
54. Провести пункцию поверхностно расположенных гематом и абсцессов мягких тканей.
55. Выполнить местную инфильтрационную анестезию поверхностных мягких тканей.
56. Выполнить проводниковую анестезию по Лукашевичу- Оберсту.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)
Курсовые работы не предусмотрены.
5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОПРОС - перечень вопросов в п.5.1.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ - перечень задач в ПРИЛОЖЕНИИ 2.

ДОКЛАД с ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ - тематика докладов в ПРИЛОЖЕНИИ 5.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного проделать следующее:

1) Ознакомиться с тематикой
2) Установить доверительный контакт.
3) Произвести сбор жалоб, анамнеза заболевания.
4) Анамнез жизни (namnesis vitae).
5) Произвести осмотр и обследование пациента.
6) Описать хирургический статус.
7) Поставить предварительный диагноз.
8) Собрать лабораторно-инструментальные данные исследования.
9) Поставить клинический диагноз.
10) Определить тактику предполагаемого лечения.
11) Написать дневники этапного или выписного эпикриза в учебной истории болезни.12) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

ТЕСТЫ. Перечень тестов в ПРИЛОЖЕНИИ 4.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. Студент заполняет историю болезни согласно ПРИЛОЖЕНИЮ 6.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Теоретический опрос.
Модульный контроль.
Ситуационная задача.
Доклад с презентацией.
Курация больного.
История болезни.
Тесты.

ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ в ПРИЛОЖЕНИИ 7.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Петров С.В.	Общая хирургия: учебник	СПб.: Изд-во "Лань" 2015
Л1.2	Гладенин В.Ф.	Общая хирургия: Учебное пособие для студентов высш. мед. учеб. заведений	М.: Владос-Пресс 2005
Л1.3	В.К. Гостищев	Общая хирургия: Учебник для вузов	Москва.: ГЭОТАР-Медиа 2005
Л1.4	Кочнева Е.А., Гладенин В.Ф.	Факультетская хирургия: Учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений	М.: Владос-Пресс 2015
Л1.5	В.С. Савельев, А.И. Кириенко	Хирургические болезни. Учебник: Хирургические болезни. Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2014
Л1.6	Шулутко А.М., Семиков В.И., Андрияшкин В.В.	Хирургические болезни: Учебно-методическое пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011
Л1.7	Гуманенко Е.К.	Военно-полевая хирургия: Учеб.	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Черенков В.Г.	Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей.	Москва: ВУНМЦ МЗ РФ 1999
Л2.2	Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф.	Основы общей хирургии: Рук-во к практич. занятиям	М.: Изд-во РУНД 1992
Л2.3	Столяров В.А., Бирюкова Г.И.	Хирургическая инфекция: Учебное пособие для студентов лечебного факультета III-IV курсов	СМИ им. Д.И. Ульянова, Самара 1992
Л2.4	Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М., Кузин М.И.	Хирургические болезни: Учебник для студентов мед. вузов	Москва: Медицина 2000
Л2.5	Евсеев М.А.	Уход за больными в хирургической клинике: учебное пособие для вузов	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008
6.1.3. Методические разработки			

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Дж.Н., Мадаминов А.М.	Острый панкреатит: Учебно-методическое пособие	Бишкек: КРСУ 2015
Л3.2	Садырбеков Ж.С., Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Заболевания прямой кишки: Учебно-методическое пособие	Бишкек: КРСУ 2016
Л3.3	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М.	Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия)	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017
Л3.4	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Эхинококкоз легких и печени. Альвеококкоз: Учебнометодическое пособие для студентов медицинского факультета старших курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л3.5	Фунлоэр И.С., Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А.	Эмпиема плевры. Абсцесс и гангрена легких: Учебнометодическое пособие для студентов старших курсов медицинского факультета и врачей	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л3.6	Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Контрольные вопросы по общей хирургии: Учеб. пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л3.7	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Ж.Н.	Трансфузиология: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
Л3.8	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Волоскова И.С.	Острый аппендицит: Учебно-метод. пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
Л3.9	Сыдырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Хирургические заболевания щитовидной железы: Учебнометодическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
Л3.10	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Фунлоэр И.С.	Десмургия: учение о повязках: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
Л3.11	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Алексеев Д.Н.	Ультрозвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2011
Л3.12	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Алексеев Д.Н.	Диагностика и лечение острых тромбозов магистральных вен: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2011

Л3.13	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Столбняк и сибирская язва: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
Л3.14	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Хирургический сепсис: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
Л3.15	Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Геморрой: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2005
Л3.16	Осмонов Т.А., Юнусов А.А.	Диагностика и хирургическое лечение узловых поражений щитовидной железы	
Л3.17	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Жанбаев А.С.	Диагностика и определение показаний к хирургическому лечению при варикотромбофлебите	
Л3.18	Осмонов Т.А., Алексеев Д.Н.	Диагностика острых венозных тромбозов системы нижней половой вены	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронная библиотека КРСУ	www.lib.krsu.edu.kg
Э2	Электронно-библиотечная система "Знаниум"	www.znanium.com
Э3	Каталог медицинских ресурсов русскоязычной сети МЕДИЦИНА 2000	http://www.med2000.ru/catalog.htm
Э4	Русский Медицинский Сервер	http://www.rusmedserv.com/
Э5	Научная электронная библиотека	http://www.elibrary.ru/
Э6	Биомедицинский журнал	http://www.medLine.ru
Э7	Сайт с медицинскими лекциями	http://varles.narod.ru

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: используются ролевые игры, разборы конкретных ситуаций, подготовка студентами докладов с презентациями на заданные темы.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии: самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ (www.lib.krsu.edu.kg)
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система "Знаниум" (www.znanium.com)
6.3.2.3	Каталог медицинских ресурсов русскоязычной сети МЕДИЦИНА 2000 (http://www.med2000.ru/catalog.htm)
6.3.2.4	Русский Медицинский Сервер (http://www.rusmedserv.com/)
6.3.2.5	Научная электронная библиотека (http://www.elibrary.ru/)
6.3.2.6	Биомедицинский журнал (http://www.medLine.ru)
6.3.2.7	Сайт с медицинскими лекциями (http://varles.narod.ru)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по общей хирургии и хирургическим болезням проводится в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения КР, хирургический корпус (кл. им. И.К. Ахунбаева). Адрес: г. Бишкек, ул. Т.Молдо, 1а. (Учебные комнаты №1-№11); Бишкекском научном центре травматологии и ортопедии (БНИЦТО), корпус №2 (Адрес: г. Бишкек, ул. Кривоносова, 206) – 2 этаж, отделение хирургии политравмы (Учебные комнаты №11, №12); Чуйской областной больнице, хирургический корпус №1 (Адрес: г. Бишкек, ул. Саратовская, 10/2) – 2 этаж, отделение хирургии (Учебная комната №13).
7.2	Имеет: Лекционный зал – 2 этаж фойе кафедры на 144 посадочных мест. В комплекте: мультимедийное оборудование, экран.
7.3	Учебная комната №1-цокольный этаж (малый лекционный зал). 22 посадочных мест. В комплекте: набор для отработки хирургических навыков, таблицы, учебные и демонстрационные материалы.
7.4	Учебная комната №2-цокольный этаж. 12 посадочных мест. В комплекте: - улучшенный набор для хирургических навыков, - таблицы.
7.5	Лаборантская №3- цокольный этаж. В комплекте: - 1 компьютер, - 1 лазерный принтер, - 1 цифровой фотоаппарат, - 1 проектор, - Wi-Fi, - 1 нетбук, - наглядные учебные пособия, - таблицы, - учебно-методические разработки кафедры (печатные и электронные).
7.6	Учебная комната №4- 1 этаж кафедры. 14 посадочных мест. В комплекте: - таблицы, - учебные и демонстрационные материалы,
7.7	Учебная комната №5- 3 этаж кафедры. 18 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия.
7.8	Учебная комната №6- 3 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи.
7.9	Учебная комната №7- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, тематические таблицы, - муляжи, - компьютер, - негатоскоп,
7.10	Учебная комната №8- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы.
7.11	Учебная комната №9- цокольный этаж отделения проктологии. 14 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи, - негатоскоп.
7.12	Учебная комната №10- 1 этаж отделение проктологии. 18 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы.

7.13	Учебная комната №11- 3 этаж, отделение сосудистой хирургии. 12 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи (анатомия органов и строение тела человека) вт.ч. плакаты, - компьютер.
7.14	Учебные комнаты №12. 14 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерикса и т.д.).
7.15	Учебные комнаты №13. 16 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерикса и т.д.), - таблицы, -учебные пособия.
7.16	Учебная комната №14. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебные пособия, - таблицы, - муляжи, - негатоскоп, дренажные трубки.
8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	

Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №1.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Обучение складывается из аудиторных занятий (126 ч.), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (72 ч.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным хирургическим заболеваниям. Необходимо широко использовать курацию больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с больным. Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров.

Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным. Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности: - определение;

- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса; - этиология;
- патогенез, в том числе генетически факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов; - лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях; - диспансеризация, реабилитация; - профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.

2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:
При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:
1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
   1) перекличка;
   2) задание на дом следующей темы;
   3) мотивация темы данного практического занятия;
   4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
   1) теоретический опрос по текущей теме;
   2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%) 5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ
Подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисков исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.
По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.
Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.
1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.
Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
2. Описание последовательности действий студента:
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: после прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).
При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).
В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.
При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике?
5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике? При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.
6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.
7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
8. Отработки пропущенных занятий:
Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке.

Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом

без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ ОПРОС:
Подразумевает контроль усвоенного учебного материала раздела дисциплины. Проходит в виде письменного опроса, в который включено 3 вопроса. Обучающийся должен ознакомиться с перечнем вопросов. Повторить пройденный материал. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины по соответствующему разделу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.
УСЛОВИЕ:
У больного на 4-е сутки после аппендэктомии на фоне полного стихания вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны, повысилась температура, отмечается лейкоцитоз.
О чем следует думать? Какова тактика дальнейшего лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Нагноение послеоперационной раны. Вскрытие послеоперационной раны. Лечение по принципу ВХО.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО.

1.Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного).
2.Распределение пациентов среди студентов.
3.Установление доверительного контакта с пациентом.
5.Сбор жалоб и анамнеза заболевания.
6.Сбор анамнеза жизни больного.
6.Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.
7.Осмотр и описание клинического статуса.
8.Постановка предварительного диагноза.
9.Сбор лабораторных данных исследования больного.
10.Постановка клинического диагноза.
11.Определение тактики предполагаемого лечения.
12.Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в в учебной истории больного.
13.Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
14.Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме: 1. Общие сведения о больном;

2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (namnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Хирургический статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление-доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта. Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.
Основные этапы подготовки доклада:
•выбор темы;
•консультация преподавателя;
•подготовка плана доклада;
•работа с источниками и литературой, сбор материала;
•написание текста доклада;
•оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
•выступление с докладом, ответы на вопросы.
Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.
Мультимедийные презентации — это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.
Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.
Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.
1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.
2. Этапы подготовки презентации
Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)
Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:
- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?
3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:
- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.
4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.
5. Инструкция докладчикам.
- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации;

- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение — это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 2 балла.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ: Исходный уровень знаний студентов определяется обязательным устным собеседованием и решением ситуационных задач:
При явке на экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.
На устном опросе студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета.
Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.
Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ

«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Курс 3, семестр 5, ЗЕ – 4, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**Зачетный минимум**	**Зачетный максиму**	**График контроля**
		Модуль 1			
Введение в предмет. Десмургия. Асептика. Антисептика.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	9	16	7 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №1;	5	7	
		Модуль 2			
Кровотечения. Переливание крови.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС (Защита презентации). Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	16	11 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №2; Решение ситуационных задач.	5	7	

Модуль 3					
Основы хирургии повреждений. Терминальные состояния.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Тесты; Проверка СРС. Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	16	19 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №3; Решение ситуационных задач.	5	8	
ВСЕГО за семестр			40	70	21 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Защита истории болезни.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Курс 3, семестр 6, ЗЕ – 2, Отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	**Контроль**	**Форма контроля**	**Зачетный минимум**	**Зачетный максиму**	**График контроля**
Модуль 4					
Обследование хирургических больных. Операция, пред- и послеоперационный период. Боль, болевой синдром в хирургии.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	9	16	25 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №4;	5	7	

Модуль 5					
Основы хирургии ран, гнойносептической хирургии. Основы хирургии нарушений регионарного кровообращения.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС (Защита презентации). Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	16	35 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №5; Решение ситуационных задач.	5	7	
Модуль 6					
Основы клинической (частной) хирургии.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Тесты; Проверка СРС. Активность: - ***За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.*** - ***За активное участие в НИРС – 3 балла.*** Посещаемость: ***За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.***	8	16	40 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №6; Решение ситуационных задач.	5	8	
ВСЕГО за семестр			40	70	42 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Защита истории болезни.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА:

5 СЕМЕСТР:

Введение в предмет.

Определение хирургии.
Основные исторические моменты мировой и отечественной хирургии.
Вклад российских, советских, кыргызских хирургов.
Этапы развития хирургии, с какими открытиями они связаны.
Особенности деонтологии в хирургии.
Организация и структура хирургической службы.

Десмургия. Асептика. Антисептика. Кровотечения. Переливание крови.

Назовите и покажите основные этапы перевязки.
Когда применяются эластичные сетчатотрубчатые бинты и в чем состоит их преимущество.
Расскажите и покажите наложение клеевой повязки, лейкопластырной повязки.
Расскажите о правилах наложения бинтовых повязок, соблюдая строгую последовательность.
Назовите виды бинтовых повязок и расскажите о их назначении.
Наложите повязки на различные части и области тела.
Покажите, как накладывается индивидуальный перевязочный пакет.
Что такое пращевидные повязки и когда они применяются?
Назовите виды перевязочного материала и каковы их свойства?
Что означает современная антисептика?
Что такое антисептические средства?
В чем заключается механизм антисептиков?
Назовите основные группы антисептических веществ.
Назовите антисептики, применяемые для обработки рук.
Перечислите антисептики группы галоидов.
Перечислите антисептики группы окислителей.
Перечислите группы солей тяжелых металлов.
Перечислите альдегиды.
Перечислите фенолы.
Перечислите красители.
Перечислите антисептики группы кислот и щелочей.
Перечислите антисептики группы детергентов.
Механизм действия ферментов (энзимотерапия).
Перечислите известные вам группы антибиотиков.
Охарактеризуйте сульфаниламидные препараты.
Назовите производные антибиотики группы пенициллина, способы их применения.
Назовите производные нитрофурана.

Назовите основные антибиотики группы стрептомицина, способ их применения.
Назовите основные группы тетрациклина, способ их применения.
Назовите группы левомицетина, способ их применения.
Назовите основные группы макролитов, способ их применения.
Назовите основные антибиотики группы аминогликозидов, способ их применения.
Какие вы знаете противогрибковые антибиотики?
Какие вы знаете основные методы применения антибиотиков?
Какие осложнения и когда могут вызвать антибиотики?
Дайте определение асептики и расскажите об ее значении в хирургии.
Виды асептики.
Основные пути распространения инфекции в хирургии.
Профилактика воздушной и капельной инфекции.
Организация хирургического отделения, его планировка, основные помещения и их устройство.
Санитарно-гигиенический режим в хирургическом отделении.
Перевязочная и ее оборудование.
Операционный блок, его устройство и оборудование: операционная, предоперационная, стерилизационная, материальная, аппаратурная, помещение для анестезиологической службы, эндоскопическая и др.
Санитарно-гигиенический режим в перевязочной и операционной.
Виды уборки операционной и перевязочной.
Поведение персонала и посетителей (студентов, врачей) в операционной.
Нормативно-правовые документы по асептике.
Какие существуют правила обработки рук?
Расскажите обеззараживании рук по Спассокукотскому-Кочергену.
Обработка рук муравьиной кислотой (С-4).
Обработка рук диоцидом.
Обработка рук хлоргексином биглюконатом.
Обработка рук новосептолом.
Обработка рук дегмином, дегмицидом.
Ускоренный способ обработки рук.
Ультразвуковая обработка рук.
Способы обработки операционного поля.
Расскажите о применении и устройстве бикса.
Какие существуют способы укладки материала в бикс?
Расскажите о способах контроля стерильности и о значении его асептики.
Расскажите об устройстве автоклава.
Перечислите последовательность действий при стерилизации в автоклаве.
Как простерилизовать шприцы?
Как простерилизовать перчатки?
В чем заключается предстерилизационная обработка инструментов.
Как стерилизуется режущий и колющий инструмент?
Как стерилизовать кетгут?
Как стерилизовать шовный материал из синтетического материала?

Как стерилизовать шелк?
Как стерилизовать имплантанты, протезы?
Внутрибольничная инфекция.
Проблема вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции в хирургии.
Что называется кровотечением?
Виды кровотечения.
Назовите возможные причины кровотечения.
Расскажите классификацию кровотечений.
Какова клиническая картина кровотечений?
Назовите возможные осложнения кровотечений?
Расскажите о временных способах остановки кровотечения.
Наложение резинового жгута Эсмарха на плечо и объясните правила его наложения.
Перечислите возможные ошибки и опасности при наложении жгута.
Наложение на плечо матерчатой закрутки.
В чем заключается оказание первой помощи при внутреннем кровотечении?
Каковы методы и способы окончательной остановки кровотечения?
Как можно провести окончательную остановку внутреннего кровотечения?
Каковы особенности ухода за больными после окончательной остановки кровотечения?
Принцип трансфузионной терапии при кровопотере.
Каковы особенности трансфузионной терапии при кровотечении в ЖКТ?
Особенности кровотечений у детей.
Напишите соотношение агглютиногенов и агглютининов в группах крови.
Что такое изоемоглютинация и когда она происходит?
Напишите группу крови по международной номенклатуре.
Расскажите о правильном хранении стандартных сывороток и требования, предъявляемые к ним.
Как определяются группы крови стандартными сыворотками?
Расскажите о возможных ошибках при определении групп крови.
Что следует делать, если при определении групповой принадлежности результаты сомнительны?
Что такое резус-фактор и какое он имеет значение при переливании крови?
Расскажите о методике резус-фактора.
Расскажите о групповой совместимости крови по системе АВО.
Когда кровь совместима по резус-фактору?
Когда наблюдается несовместимость переливаемой крови по эритроцитам?
Понятие о несовместимости крови по лейкоцитам.
Понятие о несовместимости крови по тромбоцитам.
Понятие о белковой несовместимости.
Какая опасность переливания долгохранящейся крови?
Что такое микробная несовместимость крови и когда она наблюдается?
В чем заключается опасность переливание массивных доз I группы крови?
Понятие – «Опасный реципиент».
Понятие - «Опасный донор».
Расскажите, как определяется групповая совместимость крови?

Расскажите и определите индивидуальную совместимость.
Определите резус-совместимость.
Проведите биологическую пробу.
Расскажите о своевременных показаниях к переливанию цельной крови.
Расскажите о своевременных показаниях к переливанию крови.
Как производится реинфузия крови и в каких случаях?
Как вы понимаете аллотрансфузию крови?
Особенности переливания крови с целью стимуляции организма человека.
Перечислите методы непрямого переливания крови.
Перечислите способы переливания крови.
Когда возникает гемотрансфузионный шок, его клиника.
Какие осложнения могут возникнуть при переливании крови, связанные с нарушением техники переливания.
Какие инфекционные болезни могут передаваться от донора реципиента.
Какие осложнения могут быть связаны с неправильным определением годности крови к переливанию?
Что такое цитратный шок и его профилактика?
Какие причины вызывают пирогенные реакции?
Особенности переливания крови у детей.
В чем заключается особенность переливания крови при кровотечениях в желудочно-кишечный тракт?
Причины трансфузионной терапии при дефиците клеточный элементов крови.
Принцип трансфузионной терапии при дефиците белковой крови.
Перечислите компоненты крови.
Перечислите кровезаменители.
Особенности трансфузиологии у детей.

Основы хирургии повреждений. Терминальные состояния.
Что называется травмой?
Что называется травматизмом?
Расскажите классификацию травм.
Перечислите непосредственно опасности травмы.
Перечислите ближайшие опасности травмы.
Какие могут быть поздние опасности и осложнения травм.
Расскажите классификацию травматизма.
В чем заключается профилактика травматизма?
Какие особенности исследования больных с острой травмой?
Особенности травматизма у детей.
Чем отличается ушиб от растяжения.
Расскажите клиническую картину ушиба мягких тканей, первую помощь и лечение.
Расскажите клиническую картину и лечение разрыва связок сустава, лечение.
Клиническая картина разрыва фасций.
Клиническая картина разрыва мышц, лечение.
Клиническая картина разрыва сухожилий, лечение.

Клиническая картина разрыва нерва, лечение.
При какой травме развивается синдром травматического токсикоза. Перечислите периоды синдрома травматического токсикоза.
Клиническая картина первого периода травматического токсикоза.
Клиническая картина второго периода травматического токсикоза.
Клиническая картина второго периода травматического токсикоза, патогенез ОПН.
Симптомы третьего периода травматического токсикоза.
Первая помощь при травматическом токсикозе.
Механизм действия и цель введения ГОМК (гемма /окси / масляная к-та больным с травматическим токсикозом).
Лечение больных с травматическим токсикозом, в первый период болезни.
Лечение больных с травматический токсикозом во втором периоде при развитии острой почечной недостаточности.
Клиника почечной комы и лечение.
Виды гемодиализа. Показания к применению. Методика применения.
Сотрясение головного мозга, определение, клиника, лечение.
Ушиб мозга, причины, клиника, лечение.
Сдавление мозга, причины, клиника, лечение.
Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение.
Виды пневмоторакса, причины, клиника, лечение.
Понятие о гемотораксе.
Клиника и лечение разрыва полого органа живота.
Клиника и лечение повреждений паренхиматозного органа.
Повреждение мочевого пузыря, клиника, лечение.
Терминальные состояния.
Шок. Определение.
Причины развития.
Классификация.
Клиника.
Лечение.
Профилактика.
Травматический шок.
Волемические нарушения.
Причины развития, патогенез, методы лечения.

Основы хирургии ран, гнойно-септической хирургии. Основы хирургии нарушений регионарного кровообращения.
Что называется раной.
Классификация ран по характеру повреждений ткани.
Раны по причине повреждения.
Что такое бактериальное загрязнение раны?
Чем отличается бактериальное загрязнение от инфекции ран?
Перечислите опасности ран.
Местные симптомы ран.

Общие симптомы ран.
От чего зависит интенсивность боли в ране.
Чем объяснить зияние раны?
Колотая рана.
Резаная рана.
Огнестрельная рана.
Фаза гидратации раневого процесса.
Фаза дегидратации раневого процесса.
Виды швов, показания к их применению.
Расскажите о гнотобиологическом методе лечения ран.
Виды заживления ран.
Осложнения.
Первая медицинская помощь при ранах.
Что называется переломом.
Классификация переломов.
Клинические симптомы переломов.
Что называется вывихом?
Классификация вывихов.
Клинические симптомы вывихов.
Перечислите смещения костных отломков.
Особенности вывихов у детей.
Виды гипсовых повязок.
Как подготовить гипсовый бинт и лангету?
Какие существуют методы лечения переломов?
Методы вправления вывихов.
Как оказывается первая помощь при переломах.
Классификация шин.
Правила наложения шин.
Транспортная иммобилизация (стандартные и импровизированные шины).
Профилактика травматического шока.
Особенности лечения переломов и вывихов у детей.
Что называется ожогом?
Что называется отморожением?
Что называется электротравмой?
Классификация ожогов по Крейбиху.
Какие существуют методы определения ожоговой поверхности – площади?
Особенности течения ожогового шока.
Как оказать первую помощь при термических ожогах?
Как оказать помощь при химическом ожоге?
Методы лечения ожогов.
В чем заключается профилактика отморожений? Оказание первой помощи при отморожениях.
Лечение отморожений в дореактивном периоде.
Лечение отморожений в реактивном периоде.

Лечение электротравмы.
Особенности ожогов, отморожений, электротравмы у детей.
Расскажите классификацию хирургической инфекции.
Каковы основные принципы лечения гнойных заболеваний.
Фурункул. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
Фурункулез: отличие от карбункула, лечение.
Карбункул. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
Флегмона, определение, этиология, клиника и лечение.
Панариций, классификация, клиника, лечение.
Рожистое воспаление, этиопатогенез, клиника и лечение.
Гидроаденит, определение, этиопатогенез, клиника, лечение.
Паронихия. Клиника, лечение.
Лимфаденит, лимфангит, клиника и лечение.
Мастит, определение, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
Теория возникновения остеомиелита.
Острый гематогенный остеомиелит, клиника, лечение.
Хронический остеомиелит, клиника, лечение.
Абсцесс Броди, определение, клиника, лечение.
Остеомиелит Гарри, клиника, лечение.
Альбуминозный остеомиелит Олье, клиника, лечение.
Острогнойные воспаления суставов, клиника и лечение.
Какая инфекция называется анаэробной?
Перечислите возбудителя анаэробной инфекции.
Какие факторы способствуют развитию анаэробной инфекции?
Почему при анаэробной инфекции быстро развивается отек тканей?
Каков инкубационный период газовой гангрены?
Расскажите клиническую картину газовой гангрены.
Расскажите профилактику газовой гангрены.
Для чего необходимо изолировать больного с анаэробной инфекцией?
Как проводится хирургическое лечение газовой гангрены?
Что такое баротерапия газовой гангрены?
Какая инфекция называется специфической.
Общие понятия о специфической хирургической инфекции.
Сибирская язва.
Определение.
Этиология, причины развития.
Клиника.
Диагностика.
Лечение, особенности лечения (специфическая терапия).
Осложнения.
Профилактика.
Расскажите классификацию столбняка.
Расскажите клиническую картину столбняка.

Как проводится неспецифическая профилактика столбняка? В чем заключается специфическое лечение столбняка?
Как проводится борьба с судорогами при столбняке?
Какова особенность клинического течения столбняка, развивающегося после криминального аборта?
Общая гнойная инфекция (сепсис). Определение.
Классификация.
Этиология, пути проникновения инфекции в организм.
Патогенез.
Клиника, клиническое течение сепсиса (молниеносный, острый, подострый, хронический).
Диагностика.
Лечение (воздействие на организм, на микрофлору, на очаг инфекции).
Осложнения (кровотечения, септический шок, травматическое истощение).
Причины возникновения омертвений.
Перечислите виды омертвений.
Общие принципы лечения.
Патогенез омертвений при нарушении кровообращения.
Что такое тромбоз и эмболия?
Причины возникновения пролежней и меры профилактики?

6 СЕМЕСТР:

Обследование хирургических больных. Операция, пред- и послеоперационный период. Боль, болевой синдром в хирургии.

Особенности обследования хирургических больных.
Понятие симптом, синдром в хирургии.
Обследование хирургического больного по органам и системам.
Локальный статус.
Опрос, осмотр, пальпация, аускультация.
Что называется предоперационным периодом?
Какое значение играет выявление сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде?
Как проводится подготовка нервной системы к операции.
Как готовят сердечно-сосудистую систему к операции.
Расскажите о подготовке к операции желудочно-кишечного тракта.
Операция, этапы.
Операционные доступы.
Фазы послеоперационного периода.
Изменения крови в послеоперационном периоде.
Осложнения послеоперационного периода.
Осложнения со стороны органов дыхания.
Осложнения со стороны органов брюшной полости.
Осложнения со стороны органов мочевыделения.
Патогенез тромбоэмболии в послеоперационном периоде.
Особенности проведения операций, пред- и послеоперационного периода у детей.

История развития анестезиологии и реаниматологии.
Значение обезболивания в хирургии.
Фармакологические средства, применение в анестезиологии.
Методы преднаркозной медикаментозной подготовки больных к операции.
Опасности и возможные осложнения. Предупреждение и борьба с ними.
Значение и методы психоэмоциональной подготовки больных к операции.
Наркотические вещества – препараты барбитуровой кислоты, гексенал, тиопентал – натрия и др.
Препараты небарбитурового ряда: виадрия, оксибутерат натрия, сомбревин.
Ингаляционный наркоз. Газообразные наркотические средства.
Мышечные релаксанты.
Неингаляционный наркоз.
Выбор метода обезболивания.
Особенности общего обезболивания у детей.
Местное обезболивание.
Препараты для местного обезболивания. Новокаин, тримекаин, диквин.
Методы местного обезболивания.
Техника местного обезболивания.
Показания.
Противопоказания.
Опасности.
Осложнения.
Особенности местного обезболивания у детей.

Основы клинической (частной) хирургии.
Эхинококкоз человека.
Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Альвеококкоз.
Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Профилактика паразитарных заболеваний.
Особенности хирургических паразитарных заболеваний у детей.
Эндемический зоб. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
Диабетическая ангиопатия. Хирургические осложнения. Патогенез, клиника, лечение.
Дать определение понятию – «Эндемические заболевания».
Общие сведения об опухолях.
Опухоли доброкачественные и злокачественные.
Теории развития опухолей, предрасполагающие факторы, предраковые заболевания.
Классификация.
Клиника.
Диагностика, рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, гистологические методы диагностики.
Ранняя диагностика злокачественных опухолей.
Лечение опухолей: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное.
Осложнения.

Профилактика.
Опухоли соединительно-тканные: доброкачественные (фиброма, липома, хондрома, остеома) и злокачественные (саркомы).
Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани (миома, ангиома, невринома, ганглионеврома).
Опухоли эпителиального происхождения: доброкачественные (цистаденома, папиллома, аденома, дермойд) и злокачественные (рак).
Аномалии и пороки развития.
Уродства.
Классификация.
Причины развития.
Хирургическое лечение.
Понятие о пластической хирургии.
Основы пластической и реконструктивной хирургии.
Пластика тканей и органов различными методами.
Микрохирургическая техника.
Трансплантация органов и тканей.
Пересадка стволовых клеток.
Показания, методы, особенности.
Забор, хранение и транспортировка трансплантатов.
Осложнения в послеоперационном периоде.
Юридические проблемы в трансплантологии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ.

ДЕСМУРГИЯ. АНТИСЕПТИКА. АСЕПТИКА.

1

Женщина с 10-летим мальчиком обратилась к Вам в связи с тем, что ребенка беспокоят боли в правом локтевом суставе. Мальчику 6ч назад в амбулатории на инфицированную ссадину локтевого сустава после ее обработки была наложена повязка.
При осмотре определяются легкая синюшность правого предплечья и кисти, выбухание подкожных вен, даже при поднятии руки кверху. Что случилось? Как помочь ребенку?

2
На прием пришел мужчина 40лет, которого беспокоит зуд левого предплечья. Три дня назад получил термический ожог I-II степени. На предплечье была наложена асептическая повязка.
При осмотре установлено, что повязка на тыльной поверхности средней трети предплечья намокла желтовато-серым отделяемым, сухая. Как правильно снять повязку?

3
В приемный покой доставлен мужчина 34лет с резанной раной ладонной поверхности средней трети правого предплечья. Со слов пострадавшего рану1,5ч назад на улице нанес ножом неизвестный.
Произведен туалет раны, наложены первичные швы. Медсестра перевязочный материал на ране закрепила повязкой, завязав концы бинта в узел над раной. После этого она ввела больному подкожно 0,5мл столбнячного анатоксина и 300 МЕ противостолбнячной сыворотки.
Какая ошибка допущена в технике наложения повязки?

4
У больной, 68лет, на внутренней поверхности нижней трети правой голени имеется трофическая язва размером 1,5х2см с некротическим дном, гиперемией кожи и болезненностью вокруг.
Язва обработана раствором антисептика, осушена, прикрыта салфеткой с мазью «Ируксол».
Какую закрепляющую бинтовую повязку Вы наложите?

5
Больной вследствие варикозного расширения подкожных вен в стадии субкомпенсации произведена венэктомия большой подкожной вены на правом бедре и голени. Раны ушиты, обработаны 1% раствором йодоната, закрыты салфетками.
Какую бинтовую повязку следует наложить на нижнюю конечность для закрепления перевязочного материала?

6
Больному, К., 20лет, в связи с травмой шейного отдела позвоночника и повреждением спинного мозга в целях декомпрессии его произведена неотложная ламинэктомия. Рана на задней поверхности шеи ушита, закрыта марлевыми салфетками.
Какую бинтовую повязку Вы наложите для закрепления перевязочного материала.
7

Вы-врач скорой помощи. Вас вызвали к больному с проникающим ранением грудной клетки справа.
Состояние пострадавшего тяжелое. Он инстинктивно прикрывает рану рукой, наклонившись в правую сторону. При осмотре раны, отмечается засасывание воздуха через нее в момент вдоха, а при выдохе воздух с шумом выходит из нее. Ваши действия?

8
Больному С.,28лет, произведено вскрытие гнойного локтевого бурсита. Сумка промыта раствором антисептика, дренирована турундой, смоченной гипертоническим раствором натрия хлорида, прикрыта марлевой салфеткой. Как Вы закрепите перевязочный материал?

9
Больной С., 36лет, пострадал во время автодорожного происшествия. Имеются резанная обильно кровоточащая рана в правой височной области, и обширная рублено-рваная рана по наружной поверхности правого плечевого сустава.
Признаков перелома плеча нет. Какие повязки следует наложить больному при оказании первой помощи?

10
Вы-случайный свидетель несчастного случая: ребенок ошпарил кипятком правую кисть, кричит от боли. На тыльной поверхности пальцев и кисти появились волдыри. В домашней аптечке имеются раствор фурацилина (1:5000) и в упаковке стерильный бинт.
В целях оказания первой помощи какую повязку следует наложить пострадавшему?

11
В сельскую участковую больницу доставлен 52-летний рабочий совхоза с ушибленно-рубленой раной правой теменной области, которую пострадавший сам прикрывает сложенным носовым платком.
Какой объем медицинской помощи должен быть оказан больному?

12
Как участковый педиатр Вы, осмотрев на дому ребенка, порекомендовали наложить ему на правое ухо согревающий компресс. Мать ребенка, сославшись на неумение выполнить эту процедуру, попросила Вас помочь.
Как наложить согревающий компресс на ухо и при помощи какой повязки укрепить его?

13
К врачу сельской амбулатории обратился мальчик 11лет, который около часа назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой по области левого глаза. Сразу была оказана первая помощь в виде наложения на этот глаз снега. Визуально определяются умеренная гиперемия глазного яблока, эрозия роговицы. При пальпации глаз болезненен.
Установлен диагноз: тупая травма левого глаза.
Какой объем первой врачебной помощи должен быть оказан ребенку?

14

Мужчина, 47лет, упал с велосипеда. Жалуется на боли в области правого предплечья. Визуально отмечаются припухлость, деформация, болезненность и крепитация в проекции средней трети правой ключицы. Пульс на правой лучевой артерии удовлетворительный.
Какой Вы поставите диагноз и какую бинтовую иммобилизирующую повязку наложите?

15
После вправления травматического вывиха правого плеча у пострадавшего необходимо иммобилизировать правую верхнюю конечность в среднем на 1-1.5, недели.
Какую бинтовую иммобилизирующую повязку Вы наложите?

КРОВОТЕЧЕНИЯ.

16
У 70-летней больной, страдающей варикозным расширением подкожных вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Из раны довольно интенсивно вялой струей изливается темная кровь. Какой объем первой помощи должен быть оказан больной?

17
Юноша, 17лет, во время поездки в автобусе, протянул в окно правую руку. Навстречу шла грузовая машина, бортом задета высунутая рука. Произошла травматическая ампутация правой верхней конечности, на уровне средней трети плеча (конечность висит на лоскуте кожи). Из поврежденных артерий фонтанирует алая кровь.
Как остановить кровотечение?

18
В хирургическое отделение доставлен больной с колото-резаной раной в подколенной ямке. При ревизии раны установлено-повреждение подколенной артерии, но Вы не владеете техникой сосудистого шва. Какие действия Вы предпримите?

19
В приемный покой доставлен мужчина 48лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12ч назад он упал с лестницы и ударился левой реберной дугой. Накануне поступления был обморок. Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс120ударов в минуту. Артериальное давление-90/50мм рт.ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови-98гл. Ваши предположительный диагноз и тактика?

20
В приемный покой доставлен молодой мужчина, с закрытой травмой грудной клетки справа. Кожные покровы бледные. Пульс -100ударов в минуту. Артериальное давление-110/65 мм рт.ст. Отмечаются болезненность крепитация костных отломков в проекции VIII, IX и X ребер справа по средне подмышечной линии. Перкуторно справа в нижних отделах определяется тупой звук, дыхание не прослушивается (в положении больного сидя). На

рентгенограмме, кроме переломов указанных ребер, дополнительно выявлена интенсивная тень с горизонтальным уровнем до границы VII ребра. Ваши диагноз и тактика?

21

Больной, 30лет, страдающий в течении 7лет язвенной болезнью желудка, на протяжении суток отмечал нарастающую слабость, головокружение. Сегодня утром, встав с постели, он на несколько секунд потерял сознание. После этого однократно была рвота в виде «кофейной гущи» и «дегтеобразный» стул. Кожные покровы бледные. Живот мягкий, безболезненный.

Вы-участковый врач. Какой Ваш предположительный диагноз. Какие срочные дополнительные исследования необходимо выполнить для подтверждения Вашего предположения. Куда и каким способом Вы отправите больного на лечение?

22

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на раке начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течении часа пузыри со льдом и мешочки песком эффекта не дали. Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло больного. Ваша дальнейшая тактика?

23

К Вам обратился юноша с жалобами на боли в правой голени и нарастающую припухлость ее после падения с мопеда. Травма произошла около получаса назад. При осмотре на передней поверхности средней трети голени имеется припухлость размерами 10х6х5 см. Кожа над ней синюшная. При пальпации отмечаются болезненность и флюктуация. Пульс на тыльной артерии правой стопы сохранен. Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

24

В приемный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли левом коленном суставе после получения травмы. Движения в суставе ограничены, болезненны. Сустав имеет шаровидную форму. Отмечается баллотирование надколенника. На рентгенограмме повреждение костей не установлено. Ваши диагноз, и лечебные мероприятия?

25

В клинику поступил больной с закрытой травмой живота. При поступлении выражены симптомы внутрибрюшного кровотечения. В результате экстренной операции (лапаротомия) установлены разрыв передней поверхности правой доли печени размером бх3х4см, гемоперитонеум.

Как произвести окончательную остановку кровотечения из поврежденной печени? Что делать с кровью, излившейся в брюшную полость?

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ, КОМПОНЕНТОВ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ.

26

В хирургическое отделение поступил больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Дефицит ОЦК составляет 35. В целях восполнения кровопотери показано экстренное переливание крови.

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

27

Под наблюдением врача в процедурном кабинете две медсестры определяют групповую принадлежность крови четырех больных. Для этого они под соответствующими обозначениями на лакированные белые фаянсовые пластины нанесли стандартные сыворотки двух серий. Исследуемую кровь тщательно перемешали с каплями стандартных сывороток. Пластины покачали, оставили в покое на 1-2мин и потом снова покачали. Не ранее чем через 3 мин после смешивания капель крови и сыворотки в капли, где наступила агглютинация эритроцитов, внесли по капле изотонического раствора натрия хлорида. Спустя 5мин от начала исследования врач оценил полученные результаты и зафиксировал их в историях болезней.

На что не обратил внимание врач, нарушив тем самым требования «Инструкции по определению групп крови АВО».

28

В целях быстрого восполнения кровопотери больному перелито 1000мл одногруппной резус-совместимой донорской крови, консервированной натрия цитратом. К концу гемотрансфузии у больного появились беспокойство, бледность кожных покровов, тахикардия, судороги мышц.

Какое осложнение возникло у больного? В чем заключается его профилактика? Какие необходимы лечебные мероприятия?

29

Больному перед гемотрансфузией лечащий врач начал проводить биологическую пробу на совместимость. Кровь, взятая из холодильника, в течение 30-40 мин была выдержана при комнатной температуре. По предварительным исследованиям она совместима по АВО-системе и резус-фактору. Внутривенно струйно по 15мл с интервалом 3мин введено 45мл донорской крови. При введении последней порции у больного появились тошнота, озноб, боли в пояснице, за грудиной, головокружение, пульс и дыхание участились, снизилось артериальное давление. Что случилось? Соблюдена ли техника постановки биологической пробы? Ваши действия?

30

Больной с массивным внутренним кровотечением по экстренным показаниям взят в операционную. Под интубационным наркозом начато оперативное вмешательство, направленное на окончательную остановку кровотечения. В целях восполнения кровопотери во время операции возникла необходимость в переливании крови.

Как провести биологическую пробу на совместимость больному, находящемуся под наркозом?

31

Больной К., 27лет, доставлен с ножевым ранением живота спустя 4ч с момента травмы. Пульс нитевидный, 120 ударов в минуту. Артериальное давление-70/40 мм рт. ст. Произведена экстренная лапаротомия. В брюшной полости много жидкой крови и сгустков.

По мере аспирации крови установлен источник кровотечения: сосуды брыжейки тонкой кишки. Произведен гемостаз. Повреждений полых органов не установлено. Как поступить с собранной кровью?

32

В отделение поступил больной с хроническим кровоточащим геморроем, выраженной анемией. Пульс-80 ударов в минуту. Артериальное давление 120/70мм рт.ст. Гемоглобин-60г/л. В целях восполнения дефицита красных клеток в послеоперационном периоде больному перелито 360мл одногруппной резус совместимой эритроцитарной массы.
Как оформляется документация на проведенную гемотрансфузию?

33

Больная И.,31год, группа кроеи 0(I), находилась в районной больнице по поводу неполного позднего выкидыша (беременность 26-27недель), постгеморрагической анемии и септицемии. Произведено выскабливание полости матки. Ошибочно начато переливание крови группы В (111). После введения 100мл крови появились боль в пояснице и озноб. Трансфузия прекращена. Через 15мин состояние больной резко ухудшилось: появились адинамия, резкая бледность кожных покровов, акроцианоз, обильный пот, потрясающий озноб. Пульс-96 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление-75/40 мм рт.ст.
Какое осложнение возникло у больной? Какие лечебные мероприятия следует проводить?

34

В хирургическое отделение поступила больная с профузным желудочно-кишечным кровотечением. В течение ряда лет она страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гипертонической болезнью III стадии. Рабочее давление 190/100 мм рт.ст. На момент поступления дефицит ОЦК составляет более 30%.
Можно ли больной переливать кровь?

35

Больной С., 43лет, по поводу неполного выкидыша произведено выскабливание полости матки. Одновременно в целях купирования анемии внутривенно перелито 300мл крови группы В (111), тогда как у нее была определена кровь группы АВ(IV). Через сутки обнаружена олигурия, выделенная моча имела бурую окраску, содержала 1,5% белка и единичные форменные хлементы. Мочевина крови-27 ммоль/л. Гемоглобин-56 г/л. Состояние больной тяжелое, она сонлива, адинамична, кожные покровы бледные. Жалуется на тошноту, рвоту. От больной исходит уринозный запах. Пульс-84 удара в минуту. Артериальное давление140/85 мм рт.ст. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон.
При контрольной перепроверке у больной оказалась группа крови 0(I). Какое осложнение развилось у больной? Ваши действия?

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ГОЛОВЫ, ГРУДИ, ЖИВОТА.

36

Мальчик,13лет, -заколачивая гвоздь, промахнулся и нанес себе удар молотком по указательному пальцу левой кисти. Моментально появились сильная боль в пальце,

рефлекторное щадящее ограничение подвижности в нем и посинение кожи на его тыльной поверхности. Какую помощь Вы окажите ребенку?

37

Подросток, 14лет, упал с гимнастического снаряда, ударился головой. Имела место кратковременная (несколько секунд) потеря сознания. Сразу, как пришел в себя, была однократная рвота. Воспроизвести в памяти обстоятельства случившегося не может. Появилась припухлость в области затылка, косные покровы целы, бледные. Больной вялый. Пульс-84 удара в минуту. Артериальное давлениа-115/75 мм рт.ст. Черепно-мозговых знаков и менингеальных-симптомов нет.
Ваш предположительный диагноз? Какую помощь Вы окажите пострадавшему на месте проишествия?

38

В сельскую участковую больницу, находящуюся на 35км от райцентра, попутным транспортом с места автодорожного происшествия доставлен мужчина в возрасте 20лет. Без сознания. Ссадины на лице, ассиметрия складок. Акизокория. Локальная припухлость мягких тканей в правой теменно-височной области. Пульс52 удара в минуту. Артериальное давление-100/70 мм рт. ст. Признаков повреждения органов грудной клетки и живота не установлено. Вы-главный врач сельской участковой больницы.
Ваш предположительный диагноз? Каковы будут Ваши действия?

39

Вечером в приемный покой районной больницы доставлен пострадавший в автодорожной аварии. Состояние тяжелое. Без сознания. Пульс-120 ударов в минуту. Артериальное давление-110/70 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Из правого слухового прохода отмечается кровотечение. Вы-дежурный врач, терапевт по специальности.
Ваши действия? Что Вы предпримете в связи с кровотечением из слухового прохода.

40

Вы-врач скорой помощи. Вас срочно вызвали к 34-летнему больному, который жалуется на "пронизывающую" боль в правой половине грудной клетки. Боли появились внезапно около часа назад во время очередного приступа кашля. Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные. Легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Температура тала 36,7 С. Артериальное давление-120/85 мм рт.ст. Справа над легкими дыхание не прослушивается, перкуторно определяется коробочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Ваш предположительный диагноз? Как Вы поступите с больным?

41

Патрульным нарядом милиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине мужчину, у которого в грудной клетке в VI межреберье слева по переднеподмышечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего помрачнено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие, пульс-120 ударов в мин., определяется только на крупных артериях. Артериальное давление-70/40 мм рт. ст. Дыхание слева резко ослаблено.

Как поступите с торчащим в ране ножом?
Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

42

В сельскую участковую больницу обратился мужчина 23лет, которого около часа назад на свадьбе незнакомый ударил ножом в живот. Состояние средней тяжести. Пульс-92 удара в мин. Артериальное давление-120/80 мм рт.ст. На передней брюшной стенке левее и ниже пупка имеется колото-резаная рана до 3.5см в длину с выпавшим из нее сальником. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.
Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена.
Как участковый врач, какую помощь Вы окажите пострадавшему. Что делать с выпадающим из раны сальником?

43

В приемный покой больницы доставлен мужчина 35лет с жалобами к боли в животе. Около 8ч назад был избит неизвестными. Состояние средней тяжести. Пульс-104 удара в мин. Артериальное давление-120/80мм. рт.ст. Язык обложен, сухой. Передняя брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Живот болезненный, больше в нижних отделах. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Прослушиваются единичные слабые перистальтические шумы. Анализ крови: лейкоциты-16.4х10^9 л, палочкоядерные нейтрофилы-8%. Анализ мочи без особенностей. На обзорной рентгенограмме живота в положении больного сидя свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.
Можно ли исключить у пострадавшего разрыв полого органа? Какой должна быть лечебная тактика?

44

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен мужчина 43 лет с диагнозом острый травматический перитонит, разрыв кишечника. Примерно 12ч назад получил удар ногой в низ живота. Живот напряженный, симптом Блюмберга положительный. Помочиться самостоятельно, не может, хотя не мочился в течение 6ч до травмы и после нее. На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости нет.
Что следует предполагать у пострадавшего? Каким специальным методом исследования можно верифицировать диагноз?

45

Машиной скорой помощи в приемный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника и правой поясничной области. Около 1ч назад упал со строительных лесов с высоты третьего этажа.
Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-120 ударов, в минуту. Артериальное давлвние-70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток XII грудного позвонка и при пальпации в правой поясничной области, где определяется, припухлость. Анализ мочи: 4-5 эритроцитов в поле зрения.
Ваш предположительный диагноз? Какими специальными методами исследования можно верифицировать диагноз?

ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ.

46

Мужчина, 26лет, на работе был прижат бортом машины к эстакаде. Жалуется на боли в области таза, невозможность помочиться. Состояние пострадавшего тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-116 ударов в мин, слабого наполнения. Артериальное давление-90/55мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Притупления перкуторного звука в отлогих местах не отмечается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом "прилипшей пятки" справа положительный. При легком сдавливании таза с боков больной отмечает усиление помощи. Вы-врач скорой помощи.

Ваш предположительный диагноз? Какой объем первой врачебной помощи Вы окажите пострадавшему?

47

Молодая женщина во время мытья окна выпала из него. Падение произошло с высоты второго этажа. Жалуется на боли в верхнепоясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытке сесть или повернуться на бок. Активные движения в суставах низших конечностей сохранены. Пальпаторно отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток первого поясничного позвонка.

Ваш предварительный диагноз? Какой объем первой помощи необходимо оказать больной?

48

К Вам обратился больной с жалобами на боли в правом плечевом суставе. Боли появились 3ч. назад, когда он, сняв пальто, хотел повесить его на вешалку. Год назад перенес травматический вывих правого плеча. При осмотре отмечаются вынужденное положение конечности, ступенчатая деформация в области правого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется в подмышечной впадине. При попытке произвести пассивные движения в суставе определяется пружинящее сопротивление, сопровождающееся усилением болей.

Ваш диагноз? Какую помощь Вы окатите больному?

49

Мальчик,13лет, играя в хоккей, упал на ладонь отведенной правой руки. Беспокоят боли в нижней трети предплечья. При осмотре отмечаются припухлость в области лучезапястного сустава и дистальной трети предплечья, болезненность, деформация, ограничение пронации-супинации предплечья и движений в лучезапястном суставе. Боли усиливаются в проекции нижней трети лучевой кости при осевой нагрузке на предплечье.

Какой объем первой помощи должен быть оказан пострадавшему? Какие дополнительные диагностические и лечебные мероприятия необходимо выполнить в травматологическом пункте?

50

В приемный покой машиной скорой помощи доставлен больной, который накануне, выпрыгивая из кузова грузовой машины, упал на согнутую в локтевом суставе левую руку. Хирург приемного покоя снял с конечности ранее наложенную транспортную шину, осмотрел больного. Пострадавший поддерживает здоровой рукой поврежденную

конечность. Пассивные движения в левом плечевом суставе резко ограничены, болезненны, отмечается пружинящее сопротивление. Имеется ступенчатое западение в проекции левого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется в подмышечной впадине. Пульс на левой лучевой артерии несколько ослаблен. После внутримышечной инфекции 1мл 1% раствора морфина хирург ввел в левый плечевой сустав больному 40мл 1% раствора новокаина и начал вправлять предполагаемый вывих плеча. Какая ошибка допущена хирургом?

51

В приемный покой поступил больной с ясной клинической картинок седалищного вывиха правого бедра. Врач после местного обезболивания в сочетании с подкожным введением 2мл 1% раствора морфина, не произведя рентгенографии области повреждения, вправил вывих по Кохеру. После этого он иммобилизировал правую нижнюю конечность с помощью задней гипсовой лонгеты, фиксирующей тазобедренный, коленный и голеностопный суставы. Пострадавший был госпитализирован. Правильны ли действия врача?

52

В стационар поступил больной с уточненным диагнозом: закрытый винтообразный перелом обеих костей левой голени в средней трети. Какой вид лечения рациональнее применить?

53

Больной М., 50лет, поскользнувшись, упал на ступеньках крыльца, ударился правым бедром. Жалуется на боли бедре. Встать не может. Правая нижняя конечность короче левой на 5см, стопа ротирована кнаружи. Пульс на правой тыльной артерии стопы удовлетворительного наполнения. Бедро увеличено в объеме, деформировано, пальпация его болезненна в средней трети. Здесь же определяется ложная подвижность.
Ваш клинический диагноз? Каковы должны быть действия врача скорой помощи?

54

Мальчик, 14лет, играя в волейбол, упал на вытянутую левую руку. Беспокоят боли в области левой ключицы. Положение пострадавшего вынужденное: тело наклонено в сторону повреждения, здоровая рука поддерживает согнутое в локте предплечье поврежденной руки и прижимает ее к туловищу. Пульс на левой лучевой артерии удовлетворительного наполнения, чувствительность пальцев кисти сохранена. Отмечаются умеренная, припухлость и болезненность при пальпации в области левой ключицы. Активные и пассивные движения в левом плечевом суставе сильно ограничены из-за болей. Ваш диагноз? В чем заключается первая помощь, которая должна быть оказана больному? Какие дополнительные обследования обязательно необходимо провести пострадавшему и какова дальнейшая лечебная тактика?

55

В приемный покой больницы обратился мужчина 67лет с жалобами на боли в обоих височно-нижнечелюстных суставах, которые появились во время зевоты. При осмотре рот больного открыт, зубы соприкасаются лишь в области маляров, подбородок выпячивается вперед, щеки уплощены, жевательные мышцы напряжены.

Ваш диагноз? Какую помощь и как необходимо оказать больному?

РАНЫ.

56

В хирургический кабинет районной поликлиники доставлен больной, которого 3ч назад покусала бродячая собака. При осмотре на правой голени выявлено шесть укушенно-рваных ран, заполненных сгустками крови, с легким отеком и болезненностью вокруг.
Какой объем помощи должен быть оказан больному?

57

У больного на 4-е сутки после аппендэктомии на фоне полного стихания вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны, повысилась температура, отмечается лейкоцитоз.
О чем следует думать? Какова тактика дальнейшего лечения?

58

Вас попросили оказать первую помощь молодому мужчина, который полчаса назад упал с мотоцикла. На наружной поверхности правой голени имеется обширная ушибленно-рваная рана, загрязненная песком и сухой травой.
В Вашем распоряжении автомобильная аптечка? Какой объем помощи Вы окажите пострадавшему?

59

В приемный покой доставлен пострадавший с резаной раной размером 2,5х0,4см в верхней трети правого предплечья, которую нанес перочинным ножом неизвестный 2ч тому назад.
Какой объем хирургической помощи должен быть оказан больному?

60

В хирургическое отделение поступил пострадавший с рваной раной левого бедра. С момента ранения прошло 12ч. Отмечается легкий отек тканей в области раны, края последней неровные, синюшные.
Какую лечебную тактику Вы изберете?

61

В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной инфицированной резанной раной ладонной поверхности правой кисти. Активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-V пальцев отсутствуют. О повреждении каких анатомических образований следует думать? Ваша лечебная тактика?

62

В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 4 дня тому назад. В области раны определяются отечность, болезненность. Из раны выделяется скудное сукровичногнойное отделяемое. Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет, туго тампонировал ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка.

Какая ошибка допущена хирургом?

63

В травматологический пункт доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной волосистой части головы. Травма произошла 1.5-2ч тому назад. От столбняка привит.

Какой объем квалифицированной помощи должен быть оказан больному?

64

В участковую больницу доставлен пострадавший, которому накануне циркулярной пилой отрезало II и III пальцы правой кисти. Отрезанные пальцы сохранены и привезены с собой. Как Вы поступите?

65

В участковую больницу доставлен мальчик, которого полчаса назад укусила змея. Ребенок жалуется на боли в правой стопе, вял, сонлив. На тыле стопы имеются две точечные раны с кровоизлиянием вокруг и выраженным отеком. Ваши действия?

66

В поликлинику доставлен из школы мальчик с жалобами на рану в области шеи. Со слов пострадавшего, он упал на острие химического карандаша. Справа у переднего края средней трети грудиноключично-сосцевидной мышцы имеются точечная рана и припухлость вокруг. Рядом с раной подкожно определяется инородное тело размером 0,2х0.5см.

Вы-хирург. Какую помощь следует оказать ребенку?

ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ.

67

В стационар доставлен пострадавший с ожогами пламенем. Обе верхнии конечности гиперемированы, покрыты пузырями с янтарного цвета жидкостью. Передняя поверхность туловища имеет "мраморный вид", раневая поверхность безболезненна. На правом бедре по всей его поверхности (циркулярно) отмечается обугливание эпидермиса, просвечиваются тромбированные вены

Как Вы сформулируете диагноз? Определив степень и площадь поражения, как Вы запишете формулу ожога?

68

Вы-врач заводского медпункта и оказались невольным свидетелем несчастного случая: рабочий по неосторожности пролил на руку концентрированную серную кислоту.

Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

69

В палату интенсивной терапии и реанимации доставлен пострадавший в состоянии ожогового шока. Площадь поражения-50% поверхности тела. Масса тела больного 80кг.

Вы-палатный врач. Какие объемы коллоидных и кристаллоидных растворов для внутривенной инфузионной противошоковой терапии Вы назначите больному в первые сутки? С какой скоростью будете вводить растворы?

70

Вы-врач скорой помощи, прибыли по вызову к 5-летнему ребенку, который около 0.5ч назад опрокинул на себя кастрюлю с кипятком. Ребенок бледный, кричит, у него озноб, акроцианоз, была однократная рвота. Передняя поверхность туловища и верхние конечности гиперемированы с обрывками отслоенного эпидермиса. На отдельных участках раневая поверхность белесоватая. Какой Вы поставите диагноз? Каковы будут Ваши действия?

71

В поликлинику обратился больной с жалобами на длительно не заживающую рану тыла стопы. При опросе установлено, что два месяца назад он опрокинул на ногу сковородку с кипящим жиром. Лечился народными средствами. Визуально на тыле правой стопы определяется гранулирующая рана с остатками плотного некротического струпа черного цвета и умеренным гнойным отделяемым. Какая степень ожога? Ваша лечебная тактика?

72

В травматологический пункт машиной скорой помощи доставлен 20-летний мужчина. Со слов пострадавшего, во время работы он попал под воздействие электрического тока напряжением 380В (взялся руками за провод). Терял сознание. На ладонных поверхностях кистей определяется обугленная кожа.
Общее состояние поступившего удовлетворительное. Какие возможны последствия перенесенной травмы? Ваши действия?

73

Машиной скорой помощи в травматологический пункт с места происшествия доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог I-II степени лица и кистей. При сборе анамнеза установлено, что во время ремонта электроприбора произошла вспышка электродуги, в результате чего больной получил ожоги указанных участков тела. Лицо умеренно отечно, на фоне его гиперемии участками определяется закопченный эпидермис. Глаза слезятся, отмечается светобоязнь. Кисти гиперемированы, на них множество мелких пузырей.
В чем ошибка врача скорой помощи? Ваш диагноз? К какому специалисту за консультацией Вы обратитесь?

74

Женщина кипятила белье. В воду добавила стиральный порошок и отбеливатель. При снятии емкости с плиты пострадавшая по неосторожности опрокинула ее на себя, получила ожоги. Передняя поверхность туловища, предплечья и кисти гиперемированы, раневая поверхность белесоватая с плохой болевой чувствительностью.
Определив степень и площадь ожога, как Вы сформулируете диагноз? Какую окажите первую помощь?

75

В приемное отделение больницы с места пожара доставлен пострадавший. Сознание помрачено. Лицо и кисти закопчены, нос и губы обожжены. Дыхание поверхностное, периодически отмечаются кашель, отхаркивание мокроты с примесью гари.
Ваши диагноз и действия?

76

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен 3-летний ребенок с термическими ожогами задней поверхности туловища и ягодиц. Со слов матери, ребенок сел в кастрюлю с кипятком, которая стояла на полу. Состояние ребенка тяжелое. В сопроводительном листе врачом бригады скорой помощи отмечено, что ожоговая поверхность обработана аэрозолем «Оксициклозоль» и закрыта асептической повязкой.
В чем ошибка врача скорой помощи и что нужно было сделать при оказании первой помощи?

77

Вы — врач скорой помощи. Приехали по вызову. На улице лежит человек без сознания. Температура воздуха 20 С, ветер. При осмотре больного отмечается резкая бледность кожи кистей, капиллярный пульс не определяется, пальцы покрыты коркой льда.
Ваши диагноз и действия?

78

В хирургическое отделение поступил пострадавший с жалобами на отсутствие чувствительности в пальцах стоп, отек их. При сборе анамнеза выяснено, что накануне на морозе долго ждал общественный транспорт. Продрог сам и замерзли пальцы стоп. Дома грел стопы в горячей ванне, но чувствительность не восстановилась. Стопы отечные, отмечаются цианоз пальцев, отсутствие чувствительности в них, капиллярная проба отрицательная. Ваши диагноз и лечебные мероприятия?

79

Из районной больницы в клинику доставлен пострадавший с отморожением обеих стоп в позднем реактивном периоде. Состояние поступившего тяжелое. Обе стопы отечные, отмечается резкий цианоз кожи на них с серым оттенком, чувствительность полностью отсутствует. По линий демаркации пузыри с гнойным содержимым. Кожа на голенях гиперемировака. Температура тела-38С. Ваши дигноз, дополнительные обследования и лечебная тактика?

80 Больной с отморожениями стоп III-IV степеней на пятые сутки после травмы стал жаловаться на слабость, повышение температуры тела до 39 С, кашель, одышку. Обе стопы отечные, кожа голеней гиперемирована.
Какие осложнения могли развиться у больного? Какие дополнительные обследования для уточнения диагноза Вы проведете? Ваша лечебная тактика?

81

Вы прибыли на место происшествия по вызову. Со слов присутствующих, несколько минут назад пострадавший попал под воздействие электрического тока. Потерял сознание. Имели место судороги. Друзья по работе отключили рубильник. Больной лежит на полу. Дыхание

отсутствует, пульс не прощупывается, кожные покровы цианотичные, зрачки широкие, на свет не реагируют. Что с пострадавшим? Ваши действия?

82

В хирургическое отделение поступил больной, который два дня назад получил электроожог правой кисти IV степени. Кисть, предплечье и плечо резко отечны, деревянистой плотности. Чувствительность в пальцах кисти ослаблена.

Какое экстренное оперативное вмешательство Вы должны выполнить?

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

83

В поликлинику на прием к хирургу пришел юноша с фурункулом верхней губы.

Температура тела 39 С. Выражены отеки верхней губы и век.

Как хирург должен поступить с больным? Какое следует проводить лечение?

84

В хирургическое отделение через два дня после начала заболевания госпитализирована 50-летняя женщина с карбункулом межлопаточной области. Анализ крови: лейкоциты-11,5х10/л, палочкоядерные-б/СОЭ-17 мм/ч, сахар 4,6 ммоль/л. Несмотря на проводимое консервативное лечение (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, антистафилаккоковый гамма-глобулин, местнотрипсин, УВЧ), воспалительно-некротический процесс продолжает прогрессировать, усилилась общая интоксикация.

Какова должна быть дальнейшая тактика лечения больной?

85

На прием к хирургу пришел пациент с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движении в правом плечевом суставе. Болеет третьи сутки. При осмотре в подмышечной области обнаружены 3 плотных ограниченных инфильтрата диаметром от 0,8 до 1.2см, слегка выступающих над кожей, с легкой гиперемией последней над ними. Что случилось с больным? Какова должка быть лечебная тактика?

86

Больной К., 2блет, жалуется на боли в правой кисти в течение 4 дней. Боли вначале появились на месте мозолей на ладонной поверхности у оснований I и III пальцев. В последующем стали быстро нарастать отек и припухлость тыла кисти. II и III пальцы полусогнуты в межфаланговых суставах, разогнуты и разведены в пястно-фаланговых сочленениях, кисть имеет вид "граблей". Ваши диагноз и тактика лечения данного больного?

87

В приемный покой больницы доставлена больная с жалобами на боли левой ягодицы, озноб. Температура тела 38,9С. Больной себя считает 2 недели, когда по поводу высокого артериального давления фельдшером "скорой помощи" в левую ягодицу была произведена инъекция раствора магносульфата. При осмотре в верхненаружном квадранте левой ягодицы определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре плотного, болезненного и фильтрата отмечается участок размягчения. Анализ крови; лейкойциты-12.2х10/л, полочкоядерные-7/, сегмектоядерные-74/,СОЭ-2бмм/ч,

Что следует предположить у больной? Как убедиться в правильности поставленного диагноза? Какова должна быть лечебная тактика.

88

Пожилой мужчина три дня назад повторно оперирован по поводу послеоперационного перитонита (несостоятельность швов тонко-тонкокишечного анастомоза). Больной жалуется на боли в ране, сухость во рту, жажду. Температура тела 37,6-38,5 С. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Выражена гипосаливация. Отмечается легкая болезненность в области правооколоушной железы.

О возможности какого осложнения следует думать? Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?

89

70-летний мужчина на 3-й день после операции начал жаловаться на боли в области околоушной железы, затруднение и болезненность при открывании рта. Температура тела 38-39С. В околоушной области определяется плотный болезненный инфильтрат. В крови выявляются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышенная СОЭ.

Какое осложнение следует думать у больного? Ваша лечебная тактика?

90

Вечером в хирургический стационар госпитализирована молодая женщина через 16 дней после родов с жалобами на боли в правой молочной железе, озноб. Болеет более недели. Занималась самолечением, но оно эффекта не дало. температура тела 39,9 С. Правая молочная железа увеличена. В нижних квадрантах ее глубоко пальпируется обширный, плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны.

Ваш диагноз? Как должен поступить дежурный хирург? Как быть с кормлением ребенка?

91

В хирургическое отделение госпитализирована больная с жалобами на боли в левой молочной железе в течение 6 дней. Кормит грудью. Ребенку 12 дней от рождения. Кожные покровы бледные. В верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется болезненное уплотнение диаметром до б-7см. с нечетко дифференцируемым размягчением в центре. Какой диагноз Вы поставите. Ваша лечебно-диагностическая тактика?

92

На прием к хирургу пришла женщина с жалобами на боли в области соска левой молочной железы через 2 месяца после родов. Ареола отечна. Отмечаются припухлость, инфильтрация в низкие полуокружности ее с четкой флюктуацией в центре.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

93

У кормящей матери в течение 2 месяцев после вскрытия гнойного мастита в верхненаружном квадранте правой молочной железы имеется точечный свищ с

постоянным выделением из него капель в виде молока, Проводимые консервативные мероприятия, направленные на закрытие свища, эффекта не дали. Что Вы предпримете?

94

На прием к хирургу пришел 15-леткий юноша с жалобами на боли и затвердение в правой грудной железе, Больным себя считает около 3 недель. Температура тела нормальная. Грудные железы увеличены, причем правая в большей степени, Они набухшие, плотные, болезненные при пальпации. На лобке-признаки оволосения по мужскому типу. Патологии со стороны наружных половых органом не отмечается.
Что с пациентом? Ваши рекомендации?

95

К хирургу поликлиники пришел 46-летний мужчина с жалобами на увеличение левой грудной железы, которое стал замечать 1,5 месяца назад. Температура тела нормальная, левая грудная железа увеличена до 5-6см. в диаметре, гомогенной плотноэластической консистенции, безболезненна. Объемных образований в ней не определяется. Сосок не увеличен. Выделений из него нет. Наружные половые органы без особенностей.
Ваши диагноз и лечебная тактика?

96

В приемный покой больницы обратилась 45-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Болеет 2 суток. Температура тела по вечерам повышается до 39 С. На передненаружной поверхности нижней и средней трети голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырями. Границы гиперемии четкие, неровные (виде графической карты). На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации. Анализ крови: лейкоциты-15,1х10/л, палочкоядерные нейтрофилы-7/, СОЭ-34мм/ч. Ваш диагноз? Следует ли больную при госпитализации изолировать от других больных в отделении? Какое лечение Вы назначите больной?

97

На прием к дерматологу пришла 53-летняя женщина с жалобами на зуд и жжение кожи на III пальце левой кисти. Из анамнеза стало известно, что 3 дня назад пациентка дома разделывала рыбу и костью уколола палец. Через день появились отек на пальце, покраснение кожи и боль. При осмотре на тыльно-боковой поверхности пальца отмечается пятно гиперемии кожи с синюшно-фиолетовым оттенком. Края покраснения фестончатые. Палец отечный, движения в межфаланговых суставах ограничены, болезненны.
О каком заболевании следует думать? С какой патологией надо проводить дифференциальную диагностику? Как будете лечить больную? Нуждается ли она в освобождении от выполнения своих профессиональных обязанностей?

98

Больной К., 26лет, вызвал на дом участкового врача по поводу болей в горле, повышения температуры тела, озноба. Заболел сутки назад. При осмотре небные миндалины значительно увеличены, выступают из-за небных дужек, ярко гиперемированы, при надавливании на них шпателем выделяется гной. При пальпации в обеих подчелюстных

областях определяются плотные, округлые, подвижные, не спаянные с кожей болезненные образования до 2-2.5см в диаметре. Кожа над ними не изменена.
Что случилось с больным? Нуждается ли он в экстренном хирургическом вмешательстве?

99
На прием к врачу пришел юноша, две недели назад призванный на срочную воинскую службу. Жалуется на боли в правой стопе, которые беспокоят в течение 3 дней.
При осмотре на тыле II—III пальцев правой стопы имеются потертости с гнойным налетом. Стопа на тыльной поверхности отечная, здесь же отмечается гиперемия в виде красных продольных полос, болезненных при дотрагивании. В правой паховой области пальпируется умеренно болезненный, плотноэластичной консистенции, размером с лесной орех узел. Кожа над ним не изменена. Ваши диагноз и лечебная тактика?

100
Больной Н., 36 лет, госпитализирован в хирургическое отделение по поводу острого панкреатита. Несмотря на проводимое лечение, состояние продолжал ухудшаться. Температура тела гектическая. Нарастал явления перитонита. По экстренным показаниям произведена лапаротомия и констатировано гнойное рас плавление поджелудочной железы. После санация брюшной полости операция завершена марсупиализацией (края рассеченной желудочно-ободочной связки подшиты к париетальной брюшине передней брюшной стенки). К пораженной железе подведены тампоны "сигары", в дугласово пространство—дренажная трубка.
В послеоперационном периоде состояние больного остается крайне тяжелым. Через сутки после операции тампоны внезапно обильно пропитались алой кровью. Пульс участился до 124 ударов в минуту, артериальное давление снизилось до 90/60 мм рт. ст.
Что наиболее вероятно послужило причиной вторичного кровотечения у больного? Ваша лечебная тактика?

101
Больной М., 64 лет, после внутривенных капельных инфузий лекарственных средств начал жаловаться на боли в левом локтевом сгибе.
По ладонной поверхности верхней трети левого предплечья и передневнутренней поверхности плеча по ходу подкожной вены определяются гиперемия кожи уплотнение и резкая болезненность венозной стенки.
Какой диагноз Вы поставите? Какое лечение назначите?

102
Больная М., 58 лет, поступила в хирургическое отделение по поводу острого тромбофлебита подкожных вен левой голени.
Несмотря на проводимое консервативное лечение в течение 4 суток, воспалительный процесс продолжает прогрессировать: появились боли в левом бедре, гиперемия кожи, уплотнение тканей и болезненность по ходу большой подкожной вены в нижней и средней третях бедра. Ваши диагноз и действия?

103

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела до 38,7 °С. Боли усиливаются при передвижении. Заболел три дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, а позже боли в ней. Отек возник на третьи сутки.
Кожа на правой голени и стопе слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность средней трети правой голени больше на 6 см окружности левой голени на этом же уровне. Движения в левом голеностопном суставе сохранены, но болезненны. При пальпации голени отмечается болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Симптом Хоманса положительный(появление болей в икроножной мышце при максимальном сгибании в голеностопном суставе). Появляется резкая болезненность при сдавливании икроножной мышцы. Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ — 29 мм/ч, протромбиновый индекс — 1.
Ваши диагноз и лечебная тактика?

104
Больной М, 59 лет, в гинекологическом отделении произведена операция: надвлагалищная ампутация матки.
На 8-е сутки появился прогрессивно нарастающий отек всей левой нижней конечности. При осмотре на ней выявлены бледно-синюшного цвета пятна, кожа напряжена. Окружность левого бедра и голени на уровне средних третей их больше окружности правого бедра и голени на 8 и 6 см соответственно. Пальцы левой стопы теплые, активные движения в их суставах сохранены. Пульс на тыльной артерии левой стопы определяется, ослабленный. Температура тела 36,7—36,9 °С.
Какое послеоперационное осложнение возможно у больной? Где и как дальше необходимо лечить больную? В чем заключается профилактика подобных осложнений?

105
На прием к хирургу пришла пациентка с жалобами на боли в правом локтевом суставе, которые появились 8 дней назад после ушиба. В последние 3 дня боли усилились. При осмотре в проекции локтевого отростка имеется ссадина под коркой из-под которой при надавливании выделяется гной. Здесь же определяется припухлость, гиперемия, болезненность и флюктуация. Движения в локтевом суставе практически сохранены в полном объеме безболезненны. При пункции в месте флюктуации получен гной. На рентгенограмме костно деструктивных изменений необнаружено. Ваш диагноз и лечебная тактика?

106
Больной А., 39 лет, жалуется на боли в правом коленном суставе, которые беспокоят около 2 недель и с каждым днем усиливаются. Работает паркетчиком. В области правого коленного сустава определяются выраженная гиперемия кожи, припухлость, болезненность и флюктуация в проекции надколенника. Баллотирования последнего не установлено. В нижней части бедра на передней поверхности имеются продольные линейные полосы гиперемии паховые лимфоузлы увеличены. Движения в коленном суставе ограничены незначительно болезненны. На рентгенограмме правого коленного

сустава костно деструктивных изменений не выявлено. При пункции в области припухлости получен гной. Что случилось с больным? Ваша лечебная тактика?

107

Больной К., 28 лет, госпитализирован в проктологическое отделение больницы с диагнозом: острый тромбоз геммороидальных узлов. Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся при передвижении, повышение температуры тела по вечерам до 40 С. Из-за болей не может сидеть. Болеет 4 суток. Мазевые компрессы и ректальные свечи эффекта не дают. В анамнезе хронический геморрой с редкими обострениями. Справа от ануса выявляется гиперемия кожи, припухлость, резкая болезненность. Подлежащие ткани плотные, напряжены, флюктуации не определяется. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечена отечность и болезненность правой боковой стенки ее. Анализ крови: лейкоциты 16,3х10/л, палочкоядерные нейтрофилы-7/, СОЭ-28мм/ч.
Согласны ли Вы с предварительным диагнозом? Боли нет, то какой Ваш диагноз? Какой объем помощи должен быть оказан больному в данном специализированном лечебном учреждении?

108

В поликлинику на прием к хирургу пришла пациентка 20 лет с жалобами на пульсирующие боли в области копчика, повышение температуры тела по вечерам до 37,7-38,2 С. Болеет 4 дня до этого считала себя абсолютно здоровой. В межьягодичной складке в проекции копчика, несколько правее, на ограниченном участке определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре ее флюктуация: выраженная болезненность в пределах воспаленных тканей. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.
Ваш предположительный диагноз? Чем может помочь хирург поликлиники данной больной?

109

В стационар поступил больной б4лет, с диагнозом: острая трещина заднего прохода. Пальцевое исследование прямой кишки ни в поликлинике, ни в приемном покое не производилось. Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся в начале акта дефекации, повышение температуры тела вечером до 37,6-38С. Болеет в течение 5 суток. При пальцевом ректальном исследовании по левой боковой стенке анального канала с переходом на ампулу кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Анализ крови; умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, С0Э-19мм/ч.
Какой диагноз Вы поставите больному? Показано ли оперативное лечение? Если да, то как Вы проведете операцию?

110

Больной Н.,б5лет, после введения две недели назад суспензии гидрокортизона в правый плечевой сустав начал жаловаться на боли в нем, озноб, повышение температуры тела до 40 С. За медицинской помощью не обращался. Занимался самолечением: компрессы, горячие грелки, прием обезболивающих препаратов внутрь. Ухудшение состояния заставило вызвать участкового врача. Состояние больного средней тяжести. Пульс-96

ударов в мин. Больной держит правую руку в положении абдукции (отведения). Сустав опухший, горячий на ощупь. Малейшие активные и пассивные движения в нем резко болезненны.

Как участковый врач, какое заболевание Вы должны заподозрить? Ваши дальнейшие действия? Какие дополнительные исследования надо произвести и как лечить больного?

111

Больному З., 54 лет, по поводу рака правого легкого произведена пульмонэктомия. После 10 дней благополучного течения послеоперационного периода состояние начало ухудшаться: стала нарастать общая слабость, появились тянущие боли в грудной клетке, температура тела повысилась до 40 С с гектическими размахами. Пульс 112-120 ударов в мин., акроацианоз. В крови выявляются высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и патологической зернистостью нейтрофилов. На рентгенограмме в грудной клетке оправа определяется уровень жидкости VII ребра.

Какое осложнение возникло у больного после операции? Какова тактика лечения?

112 Больной М., 59 лет, переведен в клинику из районной больницы, где в течении 5 недель лечился по поводу закрытой травмы грудной клетки, перелома VII-IX ребер справа, посттравматической пневмонии. При поступлении жалуется на слабость, озноб, потливость, боли в грудной клетке. Последние дни обильно откашливается желто-зеленоватого цвета со сладковатым запахом мокрота до 300мл. в сутки. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,8-39,9 С. Пульс 100-116 ударов в мин. перкуторно определяется притупление в нижних отделах правого легкого, аускультативно-ослабленное дыхание, непостоянные мелкопузырчатые хрипы. Анализ крови: высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ-58 мм/ч.

С подозрением на какое осложнение больной переведен в клинику? Какие дополнительные исследования следует выполнить для верификации диагноза? Какова тактика лечения больного?

113

У больного, которому 7 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита удален червеобразный отросток, повысилась температура тела.

Характер температуры гектический. Жалуется на сухость во рту, боли в конце мочеиспускания, частые позывы к дефекации. Рана не беспокоит. Пульс — 108 ударов в минуту. Аускультативно: дыхание в обоих легких везикулярное. Язык суховатый. Живот правильной формы, в дыхании участвует, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Анализ крови: лейкоциты — 17,2х109/л, нейтрофилы палочкоядерные — 8%, СОЭ — 30 мм/ч.

стороны раны воспалительных явлений нет. При рентгенологическом исследовании патологии со стороны легких не выявлено.

Развитие какого осложнения следует заподозрить? Какие дополнительные исследования надо выполнить? Как помочь больному?

114

Больной К., 47 лет, жалуется на боли в животе, тошноту. Из анамнеза известно, что вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на живот. От вызова "скорой помощи" категорически отказывался и только спустя 12 ч после получения травмы согласился.

Больной лежит на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Пульс — 100 ударов в минуту. Артериальное давление — 115/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот в акте дыхания не участвует, определяется доскообразное напряжение мыши передней брюшной стенки. Поколачивание кончиками пальцев по животу вызывает резкое усиление болей в нем. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается (симптом "гробовой тишины"). Вы — врач скорой помощи. Каковы Ваши предположительный диагноз и тактика лечения?

115

В приемный покой доставлен 50-летний мужчина с жалобами на боли в животе, которые появились внезапно, как удар кинжалом, 10 ч назад. В течение 18 лет страдает язвенной болезнью желудка.

Язык сухой, обложен. Пульс — 104 удара в минуту. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный преимущественно в эпигастрии и по правому боковому каналу. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Ваш диагноз? Какие диагностические исследования необходимо выполнить в приемном покое до госпитализации больного?

116

Во время операции по поводу острого перитонита 18-часовой давности установлено, что причиной его явилась перфорация раковой опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки. В брюшной полости обнаружено значительное количество мутного выпота с каловым запахом. Опухоль подвижна, метастазов в печени, в корне брыжейки не выявлено. Брюшина гиперемирована, с точечными кровоизлияниями. Петли тонкой кишки отечны, местами покрыты фибрином, несколько раздуты, перистальтика отсутствует. С помощью электроотсоса брюшная полость осушена. Какова дальнейшая тактика хирурга при такой картине перитонита?

117

Больному Ш., 54 лет, по поводу прободной язвы желудка через 5 ч с момента заболевания произведена резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера. На 4-е сутки после операции состояние больного резко ухудшилось, появились икота боли в эпигастрии, которые скоро стали распространяться по всему животу. Пульс — 116 ударов в минуту, слабого наполнения. Дыхание — 23 в минуту, поверхностное, прослушивается над обоими легкими. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный преимущественно в эпигастральной области. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика кишечника не прослушивается. Отмечается притупление в отлогих местах живота.

О каком послеоперационном осложнении следует думать? Какова наиболее вероятная причина его? Ваша тактика дальнейшего лечения?

118

Больной П., 84лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные разлитые боли в животе, которые появились 3-суток назад в эпигастральной области. Сутки назад была однократная рвота. Накануне имел самостоятельный стул. Язык обложен, сухой. Живот вздут, напряжен, болезнен ный во всех отделах, но несколько больше по правому боковому каналу. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается. Анализ крови: лейкоциты-18,1х10/л, палочкоядерные-10/, сегментоядеркые-70/, лимфоциты-18/, моноциты-2/, С0Э-1бмм/ч. На обзорной рентгенограмме живота свободного газа, и "чаш Клойбера"нет, петли тонкой кишки пневматизированы.
Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

119

В хирургическое отделение поступил больной на 5-е сутки с моменте заболевания с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом. На фоне проводимого лечения состояние больного начало улучшаться: температуре тела нормализовалась, снизился лейкоцитоз. На 5-е сутки пребывания, в стационаре внезапно появились сильные боли в животе, повысилась температура тела, участился пульс, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, болезненный во всех отделах, брюшная стенка ограниченно участвует в акте дыхания, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Лейкоцитоз возрос с 9.3х10/л до 1б.7х10/л.
Какое осложнение развилось у больного? Ваша тактика? Какие показания к применению марлевых тампонов.

120

К Вам на прием пришла пациентка с жалобами на сильные дергающие боли во II пальце правой кисти. 4 дня назад уколола палец при разделке рыбы. Последние 2 ночи из-за болей не спала. Ногтевая фаланга пальца отечная, отмечаются припухлость и резкая болезненность по ее ладонной поверхности. Движения в межфаланговых суставах умеренно ограничены. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.
Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажите больной в условиях поликлиники?

121

Больной К., 36 лет, тросом глубоко уколол 1 палец правой кисти. Через сутки появились пульсирующие боли в пальце, отек его. За медицинской помощью не обращался, и только две последние бессонные ночи заставили его прийти на прием к хирургу поликлиники. Ногтевая фаланга пальца булавовидно утолщена, отмечается болезненность при зондовой пальпации практически всего мякиша дистальной фаланги пальца. Ограничено сгибание в межфаланговом суставе. Ваши диагноз и оперативный доступ?

122

На прием пришел пациент с гнойным подкожным панарицием 2 пальца правой кисти. Показания к операции безусловные. Согласие больного получено.Но перед разрезом, чтобы тщательно удалить все пораженные нежизнеспособные ткани необходимо эффективное обескровливание. Каким образом Вы его осуществите?

123

Мать привела на прием к хирургу мальчика 9 лет, которого беспокоят боли в 1 пальце правой кисти. Болеет в течение 3 дней. При осмотре на ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца определяется участок припухлости мутнобелого цвета диаметром до 0.б см, окруженный тонким пояском гиперемии. Какую помощь следует оказать ребенку?

124

Больная Д., 40лет, пришла на прием по поводу парен??? 4 пальца правой кисти с тотальным поражением околоногтевого валика и подлежащей клетчатки. Больной себя считает 2 недели с момента, когда сорвала заусеницу. Хирург осмотрел больную и вскрыл гнойник боковым разрезом около ногтя. Из раны выделились 23 капли гноя. Рана промыта раствором антисептика, на нее наложена повязка.

После операции применялись ванночки, компрессы с мазью Вишневского, инъекции пенициллина, но заметного улучшения не наступило. Встал вопрос о повторном оперативном вмешательстве.

Какая ошибка была допущена хирургом? Какую операцию рациональнее было выполнить в данном случае?

125

Больная О., 44 лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на боли в 1 пальце левой кисти. Болеет около недели с момента, когда извлекла занозу (рыбью кость) изпод ногтя. Вначале боли были незначительными. Пользовалась ванночками с гипертоническим раствором натрия хлорида, калия перманганата, компрессами с мазью Вишневского, прикладывала печеный лук. Улучшения не наступило. На прием "заставила" прийти проведенная накануне бессонная ночь. При осмотре определяется обращенное основанием к свободному краю серо-желтоватого цвета помутнение, верхушка которого расположена в центре ногтевой пластинки в виде треугольника. Надавливание на ногтевую пластинку болезненно. Движения в межфаланговом суставе осуществляются в полном объеме. Ваши диагноз и лечебная тактика?

126

В отделение хирург. инфекции госпитализирован 34-летний мужчина с жалобами на боли в указательном пальце правой кисти на 22-е сутки от начала заболевания. Известно, что в поликлинике на 8-е сутки с момента заболевания он оперирован по поводу подкожного панариция. После операции применял ванночки с 10% раствором натрия хлорида, повязки со стрептоцидовой мазью. Мазью Вишневского. Проводилась УВЧ-терапия. За 2 недели такого лечения заметного улучшения не наступило. Ногтевая фаланга пальца булавовидно утолщена, болезненна. На ладонно-радиальной поверхности ее имеется линейная рана с избыточными грануляциями и скудным серозно-гнойным отделяемым.

С подозрением на какое осложнение направлен больной в стационар? Какое дополнительное исследований следует выполнить в целях верификации диагноза?

127

Больной Р., 23 лет, поступил в отделение хирург. инфекции с жалобами на боли во 2 пальце левой кисти. 2 недели назад уколол палец металлической стружкой. В течение недели лечился в поликлинике пункция, антибиотикотерапия, иммобилизация пальца. Улучшения не наступило поэтому был направлен на стационарное лечение. Палец в проксимально межфаланговом суставе полусогнут, веретенообразно утолщен, отечный, кожа гиперемирована, пальпация в области сустава резко болезненна, движения, в суставе практически отсутствуют.

Какой Ваш диагноз? Какое дополнительное исследование необходимо выполнить? Ваша лечебная тактика?

ОСТЕМИОЛИТ. СЕПСИС.

128

Вы-врач-педиатр скорой помощи. Вас вызвали вечером к 7-летнему мальчику в связи с ухудшением его состояния. Примерно 1,5сут. назад ребенок с жалобами на головную боль был отпущен с уроков домой. На дому его осмотрел участковый педиатр и по поводу острой респираторной вирусной инфекции назначил противовоспалительные и антибактериальные препараты. При осмотре состояние ребенка тяжелое, заторможенное. Температура 40 С. Со слов матери, перед приездом скорой помощи были галлюцинации. Лицо бледное, акроцианоз. Пульс128 ударов в мин. Дыхание-28 в мин, верхностное. В нижних отделах легких выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Отмечаются болезненность при пальпации в нижней трети правого бедра отечность его.

О каком заболевании следует думать? Ваша тактика?

129

В приемный покой больницы доставлен мальчик 9лет с жалобами на боли в правой ноге. Болеет в течение 2 недель. Лечился на дому. Состояние ухудшилось, поэтому направлен на стационарное лечение. Тем-ра тела по вечерам до 40 С.В легких выслушиваются единичные рассеянные сухие и влажные хрипы. Печень и селезенка не увеличены. Определяются отек и гиперемия кожи в нижней трети правого бедра, резкая болезненность. Коленный сустав увеличен в объеме, нога в нем полусогнута, движения болезненные. Дополнительно установлено, что 3 недели назад ударился правым бедром о парту.

Ваш диагноз? Какие исследования необходимо выполнить в приемном покое? Ваша лечебная тактика?

130

Мать привела на прием к хирургу мальчика 13лет, которого на протяжении последнего года периодически беспокоят ноющие боли в верхней трети левой голени? Как правило, боли появляются при перемене погоды и по ночам. Внешне голень без особенностей. Отмечается ограниченная повышенная чувствительность при надавливании на большеберцовую кость 5 верхней трети ее. Движения в коленном суставе осуществляется в полном объеме. На рентгенограммах в губчатой части метафиза большеберцовой кости определяется округлая

полость диаметром около 1см. окруженная хорошо видимой зоной склероза наподобие узкой каймы и нежным периостальными наложениями на поверхности кости. Ваши диагноз и тактика?

131

В отделение хирург. инфекции поступил больной с жалобами на боли в правой голени, периодическое повышение температуры тела до 38-39 С. Передвигается с помощью костылей, 12мес.назад перенес открытый перелом. Проводилось лечение скелетным вытяжением и гипсовой повязкой. Однако из-за болей самостоятельно передвигаться не может. На передней поверхности правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отечна, вокруг свища наблюдается умеренная гиперемия тканей. На рентгенограммах голени отмечаются ложный сустав, концевой остеолиз отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.
С каким диагнозом поступил больной? Какие необходимо провести дополнительные методы исследования? Ваша лечебная тактика?

134

На врачебной конференции обсуждается история болезни 23 летнего мужчины, страдающего хрон. гематогенным остеомиелитом правого бедра. На рентгенограммах в диастальном метафизе бедренной кости определяется полость со свободно лежащим секвестром до 1.5см в диаметре. Больному показано оперативное лечение.
Что бы Вы предложили для заполнения секвестральной полости после секвестрэктомии и санации, "секвестрального гроба"?

135

После выписки домой из роддома на протяжении 3 недель состояние новорожденного прогрессивно ухудшается. Он вял, плаксив, отказывается от груди, не прибавляет в массе. Кожные покровы бледно-серые, акроцианоз. Отмечаются частые срыгивания, неустойчивый стул. Тем-ра тела постоянно 37.6-37.9 С. Живот мягкий, на пальпацию его не реагирует. На месте отпавшей пуповины имеется мокнущая ранка с вялыми, бледными покрытыми гнойным налетом грануляциями.
Как участковый педиатр какое заболевание Вы заподозрите у ребенка и что предпримете?

136

Больная С,, 22лет, жалуется на слабость, ознобы, постоянную высокую тем-ру (38-40), ноющие боли в низу живота, скудные мажущие кровянистые выделения из влагалища. При тщательном сборе анамнеза установлено, что 8 дней назад она перенесла криминальный аборт. Состояние начало ухудшаться со 2 дня. За мед. помощью не обращалась. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, лицо землистое, отмечается иктеричность склер. Пульс-124 удара в мин. ритмичный, слабого наполнения. Язык сухой, умеренно обложен. Живот мягкий, болезненный над лоном и в подвздошных областях. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Как врач скорой помощи, какой диагноз Вы установите больной и как поступите?

137

Больному 72лет, по поводу влажной диабетической гангрены правой стопы к голени произведена ампутация на уровне средней трети правого бедра. На 4 сутки в связи с нагноением швы с культи сняты, рана разведена, дренирована тампонами. В течении последующих 10 дней гнойное отделяемое из раны прекратилось, но грануляции вялые, бледные. Культя отечная. Общее состояние больного тяжелое. Заторможен. Отмечаются серо-землистый цвет кожных покровов, иктеричность склер. Температура тела постоянно держится в пределах 39-40 С. Пульс-124-136 ударов в мин., слабого наполнения. Тахипноэ. В правом подреберье пальпируется выступающий на 3-4см край печени. Суточный диурез 300-400мл. У больного заподозрен острый послеоперационный сепсис. Какие исследования следует провести для верификации диагноза?

ОСТРАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.

138

Мужчина, 44 лет, по неосторожности упал в открытый канализационный колодец. Получил открытый перелом обеих костей правой голени в нижней трети ее. В хирург. отделении произведена обработка раны с наложением на нее глухого шва и применением скелетного вытяжения. К исходу 2-х суток с момента травмы у больного появилась эйфория, он качал жаловаться на боли в ране, ощущение распирания в ней и давление наложенной повязки. Тем-ра тела в течение двух суток субфебрильная.

Какое осложнение Вы заподозрите у больного? Какие местные изменения характерны для предполагаемого Вами осложнения?

139

В районную больницу с места дорожно-транспортного происшествия доставлены трое больных с переломами костей голени и обширными загрязненными землей и обрывками одежды рваными ранами нижних конечностей. Ваши действия?

140

У больного, находящегося на лечении в травматологическом отделении, на 3-й день после репозиции открытого перелома большеберцовой кости левой голени в средней трети ее с иммобилизацией конечности задней гипсовой лангетой появились боли в зоне повреждения. При осмотре больного врачом установлены общие и местные признаки газовой гангрены. В комплексе лечебных мероприятий назначено введение противогангренозной сыворотки. В какой дозе, как и кем должна вводиться противогангренозная сыворотка?

141

После введения больному противогангренозной сыворотки с профилактической целью у него появились озноб, стеснение в груди, резкие боли в животе, рвота, падение артериального давления, холодный пот, цианоз, сумеречное сознание.

Какое осложнение возникло в результате введения противогангренозной сыворотки? Каковы будут Ваши Действия?

142

У больного, находящегося на лечении в хирургическом отделении по поводу рваных ран правого бедра, загрязненных землей, с множественными размозжения-ми мышц, на вторые сутки появились местные и общие признаки газовой гангрены. В комплекс лечебных мероприятий включено введение противогангренозной сыворотки.
Как Вы поставите внутрикожную пробу на чувствительность к лошадиному белку и как будете интерпретировать полученный результат?

143
У военнослужащего с множественными обширными осколочными ранениями мягких тканей обеих нижних конечностей, ягодиц и спины в процессе лечения развились явные симптомы анаэробной клостридиальной инфекции.
Назначено введение лечебной дозы противогангренозной сыворотки. При постановке внутрикожной пробы на чувствительность к лошадиному белку через 20 мин папула на предплечье достигла 1,4 см в диаметре. Будучи дежурным хирургом, как Вы поступите в такой ситуации?

144
В хирургическое отделение поступил 69-летний больной с газовой гангреной правой голени, распространяющейся на нижнюю треть бедра. Состояние больного тяжелое, нарастают признаки интоксикации. По жизненным показаниям больному под жгутом произведена ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Выполнен тщательный гемостаз. Из выкроенных лоскутов сформирована культя. По краям линии швов культя дренирована резиновыми выпускниками. На культю наложена возвращающаяся повязка. Какие ошибки допущены хирургами при выполнении операции?

145
В отделение поступил больной с газовой гангреной правой голени. Определена тактика экстренных лечебных мероприятий.
Учитывая высокую контагиозность анаэробной клостридиальной инфекции, Вы как заведующий отделением должны организовать и контролировать в отделении соблюдение санитарноэпидемиологического режима. В чем суть его?

146
Больной Ч., 24 лет, оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гнойной жидкости с пропитыванием подкожно-жировой клетчатки. На пятые сутки выявлены выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки проксимально до подреберья и дистально до верхней трети правого бедра без четкой ограниченности процесса.
Швы сняты, края раны разведены. Из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожно-жировая клетчатка в ране, фасции серо-грязного цвета. Ваш предположительный диагноз? Какими методами можно его верифицировать?

147
В клинику из районной больницы переведен больной 25 лет, по поводу флегмоны правого бедра, развившейся после травмы 7 дней назад. До поступления неоднократно

производилось рассечение кожи и подкожной клетчатки в виде небольших разрезов по внутренней поверхности нижней трети бедра с оставлением в ранах выпускников из перчаточной резины. На передневнутренней поверхности правого бедра в нижней трети его имеется гнойно-некротическая рана размером 15х18х9см. Отмечается некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, которая обильно пропитана серозно-гнойным экссудатом с резким неприятным запахом. Выражены отек и гиперемия кожи до уровня средней трети бедра и верхней трети голени.
Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

148
У больного на 5 дней после получения небольшой раны правой кисти при обработке земельного участка повысилась температура тела до 38 С, появились мышечные боли, затруднения глотания, невозможность закрыть рот, сардоническая улыбка.
Какое осложнение возникло у больного? Ваши действия?

149
В приемный покой машиной скорой помощи доставлена молодая женщина на 3 сутки после внебольничного аборта. Жалуется на боли в низу живота. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-112 ударов в мин. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Нуждается ли больная в экстренной профилактике столбняка?

150
Машиной скорой помощи в приемное отделение районной больницы доставлена роженица с новорожденным. Роды произошли на дому около 6 ч. назад. Состояние новорожденного и матери удовлетворительное.
Как врач-гинеколог, будете ли Вы проводить экстренную специфическую профилактику столбняка у роженицы и новорожденного.

151
Больному 30 лет, по экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удален макроскопически гангренозно измененный червеобразный отросток. Брюшная полость и полость малого таза осушены от выпота. Последний взят на бактериальный посев и чувствительность микрофлоры к антибиотикам. К ложу червеобразного отростка ч/з рану подведен полихлорвиниловый микроирригатор. Рана послойно ушита. Больному назначены холод на рану, обезболивающий и антибиотики внутримышечно и в брюшную полость. Что еще должен назначить врач в данной ситуации?

152
В поликлинику к хирургу обратилась кухонная рабочая, которая по неосторожности 4ч. назад опрокинула на себя кастрюлю с горячей водой. На передненаружной поверхности правого бедра на площади до 4-5 /тела имеются отек тканей, яркая гиперемия кожи, отмечается выраженная болезненность при дотрагивании. Пузырей нет. Больной внутримышечно введен раствор анальгина с димедролом, на ожоговую поверхность наложена повязка с раствором фурацилина.

Экстренная специфическая профилактика столбняка не проводилась. Правильно ли в этом случае поступил хирург и почему?

153

На прием к хирургу пришел подросток с колотой раной подошвенной поверхности правой стопы. Два часа назад наступил на доску с гвоздем. В поликлинике имеется документальное подтверждение, что мальчик получил полный курс плановых прививок в соответствии с возрастом.

Произведен туалет раны на стопе, наложена асептическая повязка. Как провести специфическую профилактику столбняка?

154

В хирургическое отделение поступил больной, 76 лет, с жалобами на боли в животе. Заболел остро 16 ч назад. Состояние тяжелое. Пульс — 116 ударов в минуту. Язык обложен, сухой. Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный больше всего в левой подвздошной области, над лоном и по левому боковому каналу. Симптом Щеткина— Блюмберга положительный. На обзорной рентгенограмме отмечается пневматизация кишечника, свободного газа под куполами диафрагмы нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

При экстренной лапаротомии обнаружены перфорация сигмовидной кишки рыбьей костью, умеренно раздутые петли кишечника, фибринозно-гнойный выпот в брюшной полости. Наложен противоестественный задний проход. Брюшная полость осушена, дренирована.

Прививочный анамнез неизвестен, хотя противопоказаний к прививкам не было.

Нужна ли в приведенном случае экстренная специфическая профилактика столбняка? Если нужна, то как Вы будете ее проводить?

155

К Вам на прием пришла женщина с жалобами на головную боль, слабость. Болеет двое суток. На тыльной поверхности правой кисти на фоне выраженного отека имеется некротическая язвочка с обильным серозным отделяемым и вдавленным темным центром. Вокруг язвочки наблюдаются воспалительный ободок и венчик из пузырьков, наполненных серозным экссудатом. Вы заподозрили сибиреязвенный карбункул. Каковы будут Ваши действия?

156

В выходной день в приемный покой больницы пришел 19-летний пациент с просьбой перевязать рану, которую получил 1,5 недели назад. За медицинской помощью не обращался.

Из анамнеза известно, что месяц назад перенес дифтерию зева.

На ладонной поверхности средней трети правого предплечья имеется резано-рваная рана размером 5х3 см, покрытая гнойным налетом и серо-желтого цвета пленкой, с трудом снимаемой пинцетом. В местах удаления пленки рана кровоточит. Края раны инфильтрированы, красные. Пальпируются умеренно увеличенные подмышечные лимфоузлы справа.

Вы заподозрили дифтерию раны. Каким образом Вы подтвердите диагноз? Как поступите с больным? Ваша лечебная тактика?

ХРОНИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

157

В хирургическое отделение поступил больной, 39 лет, с подозрением на ущемленную правостороннюю бедренную грыжу.

В анамнезе у больного туберкулез легких. При осмотре под правой паховой складкой на передневнутренней поверхности бедра определяется опухолевидное образование размером 3х6 см плотноэластической консистенции, фиксированное, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Давность заболевания около четырех суток. Какой Ваш предположительный диагноз? Какие исследования Вы проведете для его уточнения?

158

В приемный покой больницы доставлен больной через 40 мин после незначительной травмы (упал с кровати) с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника.

В анамнезе у больного туберкулез легких. По рентгенограмме позвоночника имеется подозрение на компрессионный перелом VIII и IX грудных позвонков. Какой патологический процесс может быть у больного?

159

К участковому врачу обратилась 80-летняя женщина с жалобами на боли в шее слева. Болеет около двух недель. 30 лет назад перенесла инсульт. Имеется правосторонний гемипарез. Около года назад впервые обнаружила у себя в левой подчелюстной области, а затем и на шее плотные узлы, которые постепенно увеличивались. Две недели назад в левой подчелюстной области открылся свищ, из которого выделяется скудное количество жидкого гноя с желтовато-серыми крупинками. Кожа вокруг не изменена. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования Вы назначите для его подтверждения?

160

В поликлинику на прием к хирургу пришел больной с жалобами на боли в области правого тазобедренного сустава, наличие опухолевидного образования в правой подколенной ямке. При осмотре выявлены выраженная атрофия мышц правого бедра, положительный симптом Александрова, флюктуация в области опухолевидного образования в правой подколенной ямке. Хирург произвел пункцию опухолевидного образования, получил гной. Какая ошибка допущена хирургом? Какие дополнительные методы исследования необходимо было провести?

161

У больного, доставленного в приемный покой больницы с жалобами на боли в области правого бедра, имеется резкая болезненность при пальпации последнего.

В анамнезе у больного туберкулез легких. При осмотре отмечаются атрофия мышц бедра, положительный симптом Александрова, ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе. На рентгенограмме определяются явления остеопороза и перелом верхней трети бедра со смещением костных отломков по длине с захождением их до 3—4 см. Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажете больному?

162

У больного, обратившегося к врачу с жалобами на боли при глотании, во время осмотра обнаружен бугристый, плотный, размером 10х15 см инфильтрат в подчелюстной области слева.

Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Температура тела 36,7 °С. Ваш предположительный диагноз? Как Вы поступите с пациентом?

163

У больного, доставленного в хирургический стационар с жалобами на боли в животе, при осмотре в правой подвздошной области обнаружен деревянистой плотности бугристый неподвижный инфильтрат размером 10х12 см. Флюктуация в проекции опухоли не определяется, кожа над ней не изменена. Перитонеальные симптомы отрицательные. Температура тела 36,6 °С. Болеет в течение 14—16 дней. Какое заболевание Вы заподозрите у больного? Какие дополнительные исследования назначите?

164

В поликлинику на прием к хирургу пришла 26-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, особенно по ночам. Не замужем. Ведет беспорядочный образ жизни. Травму голени исключает.

Больной себя считает около 2,5—3 месяцев. При осмотре определяется болезненная мягкой консистенции припухлость передней поверхности правой большеберцовой кости.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования Вы назначите? Как поступите с больной?

НЕКРОЗЫ, ГАНГРЕНЫ, ЯЗВЫ, СВИЩИ, ПРОЛЕЖНИ.

165

У больной , 40лет, страдающий мерцательной аритмией, внезапно появились сильные боли в левой стопе и голени. Больная стонет от болей. Стопа и нижняя треть голени бледные, холодные на ощупь. Пальпация голени резко болезненна, активные движения в голеностопном сустава отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульс на бедренной артерии удовлетворительный, на остальных артериях конечности на определяется. Ваши диагноз и лечебная тактика?

166

У больной, находящейся в гинекологическом отдалений, на 11-е сутки после экстирпации матки появились распирающие боли в левой нижний конечности, выраженный отек стопы, голени и бедра. Пальцы стопы теплые, дви жения и чувствительность в них сохранены. Что случилось? Где и как следует лечить больную?

167

У больного, 36 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: ч/з каждые 400-500м пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100м, появились боли в первом пальце стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Кожа на голенях

мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Холодные на ощупь. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен. Какое заболевание у больного? Как Вы будете лечить его?

168
Больной, 60 лет, в течение 1.5-2 лет стал отмечать перемежающуюся хромоту, причем в последние 2-3 мес. боли в правой икроножной мышце появляются ч/з каждые 50м пути. Правая стопа стала мерзнуть даже летом и уставать после непродолжительного пребывания на ногах. При осмотре правые стопа и нижняя треть голени бледнее и холоднее на ощупь, чем левые. Пульс на тыльной артерии правой стопы, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на правой бедренной артерии ослаблен. Над последней с помощью фонендоскопа отчетливо выслушивается систолический шум(симптом "волчка"). Общее состояние больного удовлетворительное. Ваши диагноз и лечебная тактика?

169
Мать решила, используя концентрированную азотную кислоту, удалить своей малолетней дочери бородавку на ладонной поверхности пальца. После этого на
нем образовалась длительно не заживающая язва диаметром около1смю Какой метод лечения показан больной?

170
Больному 2 года назад произведена резекция желудка с наложением анастомоза м/у культей желудка и тощей кишкой. Около года больного беспокоят боли в эпигастрии, отрыжки кислым, тошнота, иногда рвота, отмечает похудание. Ваш предположительный диагноз? Какие спец. методы исследования необходимо использовать для подтвебрждения диагноза?

171
У больной, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, 2 года назад на внутренней поверхности нижней трети правой голени появилась язва. При осмотре язва округлой формы, диаметром до 5см., с пологими краями. Дно ее покрыто вялыми грануляциями с серогнойным налетом. По окружности язвы определяется буро-коричневая пигментация. Ваша лечебная тактика?

172
У больной, 40 лет, с переломами костей таза и правого бедра через 1,5сут с момента травмы проявилась отдышка, тахикардия, цианоз, расстройство сознания. Температура тела повысилась до 40ºС. При рентгенологическом исследований в легких обнаружены мелкие затмения, похожие на пятна снега.
О каком осложнении следует думать? Какие необходимо проводить лечебные мероприятия? В чем заключается профилактика подобного осложнения?

173
В стационар доставлена больная, 76 лет, с жалобами на сильные боли в правой стопе. Болеет около 10 дней. За медицинской помощью не обращалась. Состояние тяжелое.

Заторможена. Пульс-116 ударов в мин., слабого наполнения. Артериальное давление – 100/60мм рт.ст. Олигурия. Температура тела – 39,2ºС. Левая сторона и голень отечны, бледные, в продольном направлений отмечаются узкие полосы гиперемии. Пальцы и дистальный отдел стопы грязно-серого цвета. На тыле стопы определяются фликтен-мокнущая поверхность со зловонным запахом.
Ваши диагноз и лечебная тактика?

174
70 – летнему больному в связи с перитонитом, вызванным с перфорацией опухали сигмовидной кишки, наложен искусственный толстокишечный свищ. Через 4 дня пациент начал жаловаться на умеренные локальные боли в области копчика. Оперированный избыточного питания, адинамичный, все время лежит в кровати не подвижно на спине. При осмотре в проекции основания копчика отмечается локально венозная гиперемия без четких границ.
О возможности какого осложнения следует думать? Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?

ОПУХОЛИ.

175
К вам на прием пришла женщина с 4-летним ребенком. У мальчика с момента рождения на шее слева имеется розового цвета образование до 2,5см в диаметре, слегка выступающие на поверхности кожи, мягкое, безболезненное, изменяющее окраску при надавливании.
Ваш предположительный диагноз и рекомендаций по лечению?

176
Больная 21 года, поступила в стационар с жалобами на наличие в поясничной области справа объемного образования (до 7см в диаметре), которое появилось около 4лет назад и медленно увеличивается. При пальпации оно мягкой консистенции, безболезненное, с четкими границами, ограниченно смещаемо, с кожей не спаяно.
Ваши диагноз и лечебная тактика?

177
Больной 35лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие объемного образования (10х5см) в области левой ягодично-бедренной складки. Опухоль мешает сидеть, при пальпации слегка смещаема, безболезненна, мягкой консистенции.
Показано ли оперативное лечение больному?

178
Больная, 42 года, обратилась к вам за помощью в связи с наличием плотного объемного образования до 2см в диаметре в области свода черепа слева. Опухоль относительно быстро увеличивается. При пальпации плотность образования каменистая, кожа над ним смещаема, очертания четкие, опухоль неподвижна, безболезненна. На рентгенограмме определяется однородная с четкими краями ткань в наружной костной пластинке.
Каков ваш предположительный диагноз и действия?
179

Больной 65лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трех округлых образования от 1 до 2см в диаметре, которые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются имеют ровные четкие контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними не смещаема.
Ваши диагноз и лечебная тактика?

180
Больной 51 года, поступил в стационар с жалобами на затрудненное дыхание вследствие «клапанного» закрытия правого носового хода. Периодически отмечает носовые кровотечения. При осмотре носовой ход справа резко сужен за счет округлой формы опухолевидного образования. На рентгенограмме патологии со стороны костей носа не отмечается. Ваши диагноз и лечебная тактика?

181
Больная, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие в левой молочной железе узла, который впервые обнаружила около 2 лет назад. Узел медленно увеличивается. При осмотре в верхненаружном квадранте железы пальпаторно определяется округлое до 2см в диаметре, плотное, малоболезненное, с гладкой поверхностью объемное образование. Кожа на ним не изменена, подвижна.
Подмышечные лимфоузлы не увеличены.
Ваш предположительный диагноз и рекомендации?

182
Больной, 60 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжительностью до 3 суток. Появление стула отмечается только после приема слабительных. Регулярно после акта дефекации на кале обнаруживаются следы свежей крови. При клиническом обследований патологий не выявлено. Пальцевое исследование прямой кишки оказалось неинформативным. Общий анализ крови: эритроциты – 3х10/л, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ – 21мм/ч. У вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки.
Какие специальные методы исследования вы используете для верификации диагноза?

183
Больной, 58 лет, обратился к вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищи, отвращение к мясным продуктам. За последние 3 месяца потерял в весе 10 кг. При осмотре больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются.
Ваш предположительный диагноз и тактика обследования?

184
На прием к терапевту пришел 70-летний мужчина с жалобами на периодический кашель, отхождение при кашле мокроты с кровянистым окрашиванием, слабость, быструю утомляемость. Считает себя больным последние 2 месяца. С 14 лет курит. При осмотре отмечается легкая бледность кожных покровов. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук над обоими легкими. Выслушиваются рассеянные сухие и

влажные хрипы над левым легким. Ваш предположительный диагноз и тактика обследования?

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХЕРУРГИЯ И ТРАНСПЛАТОЛОГИЯ

185

Прибыв по вызову на место происшествия, вы обнаружили, что правая рука пострадавшего попала в станок и произошла травматическая ампутация предплечья на уровне средней трети. Второй рукой он удерживает пережатую культю конечности. Из раны струится кровь. Ваши действия?

186

В хирургическое отделение доставлен больной с места автодорожного происшествия. Правое бедро в верхней трети размозжено. Стопа и голень бледные, холодные на ощупь. Пульс на подколенной артерии не определяется. Больной взят на операционную. Обнаружено размозжение бедренной артерии на протяжении 12 см.

Что вы предпримите для восстановления кровообращения в конечности?

187

После отморожения 4 степени пострадавшему была произведена ампутация 2-5 пальцев правой кисти. Он обратился к вам за помощью «сделать что-нибудь для улучшения функции кисти». Чем вы можете помочь пациенту?

188

Кисть пострадавшего попала под горячий пресс, в результате чего получен глубокий ожог тыла кисти с обнажением сухожилий и костей. Какой вид пластики вы используете для сохранения функции кисти?

189

У бального-атеросклеротическая окклюзия среднего сегмента бедренной артерии. Диагноз верифицирован с помощью контрастной ангиографии. Какой метод оперативного лечения. Вы предложите больному?

190

У больного с обширными глубокими ожогами резко ухудшилось общее состояние. Нарастают явления ожогового истощения. Проводятся интенсивная инфузионная терапия, парентеральное питание, однако тяжесть состояния не позволяет выполнить аутодермопластику. Как вы поступите в таком случае?

191

Больному с апластической анемией произведена трансплантация костного мозга. Какие меры вы предпримите для предотвращения отторжения трансплантата?

192

У больной после экстирпации щитовидной железы по поводу рака в послеоперационном периоде появились судороги в конечностях, подергивания мышц лица.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ. ПРЕД. – И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПЕРИОДЫ.

193

В отделение поступила 80-летняя больная. Дежурный хирург осмотрел ее, установил наличие ущемленной правосторонней бедренной грыжи и предложил экстренную операцию. Пациентка категорически отказалась, ссылаясь на то, что «это пройдет, а операцию она может не перенести». Как в таком случае должен поступить дежурный хирург?

194

Госпитализированный в хирургическое отделение 13-летний мальчик жалуется на боли в животе в течение 12ч, сухость во рту, озноб. Ребенок осмотрен палатным врачом, установлен диагноз: острый аппендицит. На предложенную операцию больной дал согласие, о чем были информировании его родители, и хирург начал готовиться к операции. Правомочны ли в юридическом аспекте действия хирурга?

195

В нейрохирургическое отделение госпитализирован в бессознательном состоянии пострадавший с диагнозом: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, перелом правой теменной кости, внутричерепная гематома, сдавление мозга. Дежурный хирург осмотрел больного и распорядился немедленно готовить его к операции. Как быть с согласием больного на операцию?

196

52-летняя женщина обычного телосложения госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области спустя 12ч с начала заболевания осмотра дежурным хирургом установлен диагноз: аппендицит. Больной предложена операция, на что пациентка дала согласие, но при условии ее выполнения под местной анестезией. Как должен поступить дежурный хирург?

197

Больная 49 лет, с хронич. калькулезным холециститом, сопровождающимся частыми приступами болей в эпигастрии в правом подреберье, подготовлена к операции. Но утром, в день операции, она узнает, что ее будет оперировать палатный врач. Пациентка потребовала, чтобы ее оперировал любой другой хирург, но не палатный, ссылаясь на плохие сновидения. Вы исполняете обязанности заведующего. Как быть в этом случае?

198

Хирург, оперируя 36-летнюю больную по поводу вправимой приобретенной пупочной грыжи, удалил пупок, не получив на это ее согласия до операции. Правомочны ли действия хирурга?

199

В отделение поступил 76-летний больной со схваткообразными болям в животе, задержкой стула и неотхождением газов в течение 2 сут. Установлен диагноз: острая кишечная непроходимость. Во время операции, выполняемой по экстренным показаниям, обнаружено, что причиной непроходимости является опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки, прорастающая тазовую клетчатку. Наложен противоестественный задний проход, хотя возможности подобного исхода, оперативного вмешательства больной перед операцией не был информирован. Правомочны ли действия хирурга?

200

Больной 49 лет, в клинику с жалобами на постоянные боли эпигастрии, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, слабость. По эндоскопическом исследовании желудка по малой кривизне в верхней трети ее обнаружена каллезная язва до 2 см. в диаметре с некротическим дном. При микроскопическом исследовании биоптата из язвы обнаружены раковые клетки. При дополнительном обследовании отдаленных метастазов не выявлено. Какова будет Ваша тактика? Следует ли называть больному истинный диагноз?

201

В приемное отделение поступил 52-летний больной с жалобами на общую слабость, ноющие боли в эпигастрии. В течение 3-ех дней был дегтеобразный стул. Около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Что с больным? Каковы должны быть вид санитарной обработки, способ транспортировки и неотложные диагностические исследования?

202

Больной 26 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит. 1,5 часа назад употреблял пищу. Стул был сутки назад. Клиника не вызывает сомнений. Показана экстренная операция.

Как Вы подготовите ЖКТ к операции?

203

В клинику доставлена 86-летняя больная с жалобами на сильные боли в животе, которые появились сутки назад внезапно, «как удар кинжала в живот». Около 20 лет страдает гастритом и язвенной болезнью 12 перстной кишки. При осмотре живот доскообразно напряжен, в акте дыхания не участвует, резко болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается. На обзорной рентгенограмме свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Что случилось с больной? Исключает ли результат рентгенологического исследования? Ваше предложение. Как можно подтвердить свой диагноз?

204

В приемный покой машиной скорой помощи доставлен 18-летний больной с проникающим ранением в области левого подреберья. При обследовании кожные покровы бледные, зрачки широкие, заторможен, пульс — 116 ударов в минуту, артериальное давление —

80/40 мм рт. ст., из раны умеренно истекает кровь, в отлогих местах живота определяется тупой перкуторный звук. Ваши диагноз и действия?

205
Больная М., 75 лет, через 15 мин после операции, проведенной под наркозом по поводу острого аппендицита, посинела. Дыхание редкое, прерывистое. Какое осложнение раннего послеоперационного периода развилось у больной? Ваши действия?

206
У больного О., 45 лет, оперированного по поводу проникающего ранения грудной клетки с повреждением Правого легкого, к концу первых суток развились явления дыхательной недостаточности. В положении больного сидя перкуторно в нижних отделах грудной клетки определяется тупой звук, дыхание здесь не прослушивается.
Подозрение на какое осложнение у Вас возникло? Каковы будут Ваши действия?

207
Больному Л., 58 лет, по поводу язвенной болезни произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 18 ч после операции состояние больного ухудшилось: усилились боли в эпигастрии, вздулся живот, появились икота, затруднение дыхания. Прослушиваются единичные перистальтические шумы. Какое осложнение развилось у больного? Ваши действия?

208
Больной С, 70 лет, оперирован по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. С момента операции прошло 20 ч. Больной самостоятельно не может мочиться. Какое осложнение возникло у больного? Какую помощь Вы окажете ему?

209
У больной Н., 59 лет, на седьмой день после экстирпации матки внезапно появились одышка, синюшность лица и плечевого пояса, боли за грудиной. Больная потеряла сознание. Дыхание частое, поверхностное. Какое осложнение развилось у больной? Ваши действия?

210
При осмотре больной, которой 5 дней назад произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу гнойного эндометрита, развившегося после криминального аборта, Вы заметили, что вся повязка на ране за последние 6 ч вдруг промокла сукровичным отделяемым.
Состояние больной тяжелое, живот умеренно вздут, болезненный в области послеоперационной раны. На всем протяжении раны между швов имеется скудное геморрагическое отделяемое. О возможности какого послеоперационного осложнения следует думать? Ваши действия?

211

Больному Ш., 63 лет, по экстренным показаниям произведена резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с обтурирующей ее опухолью. Наложен первичный анастомоз способом "конец в конец". На 10-е сутки послеоперационный период осложнился наружной (открытой) эвентрацией под повязку 25 см тонкой кишки.
Ваша тактика?

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра общей и факультетской хирургии

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ

ВОПРОСЫ

ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

БИШКЕК 2015

АСЕПТИКА
Подчеркните правильный вариант
1. Кто предложил кипятить хирургические инструменты?
а) Бергман,
б) Черни,
в) Бухнер,
г) Кох,
д) Терье.
2. Кем было предложено применение 3–5 % раствора карболовой кислоты в хирургической практике?
а) Буяльским,
б) Пироговым,
в) Листером,
г) Склифософским,
д) Бобровым.
3. Научное обоснование асептических методов хирургической работы принадлежит:
а) Э. Бергману,
б) Н.И. Пирогову,
в) И. Земельвейсу,
г) И.В. Буяльскому,
д) П.И. Дьяконову.
4.
В течение какого времени (
в минутах) стерилизуют резиновые перчатки методом кипячения?
а) 3,
б) 5,
в) 10,
г) 15,
д) 20.
5. Для стерилизации резиновых перчаток применяют следующий антисептик:
а) хлорамин,
б) йод,
в) нашатырный спирт,
г) бриллиантовую зелень,
д) антибиотики.
4 5
6. Для обработки операционного поля по методу Филончикова применяют:
а) 1 % бриллиантовую зелень,
б) 2 % раствор метиленовой синей,
в) раствор спирт-танина,
г) пикриновую кислоту,

д) 5–10 % настойку йода.
7. При хранении шелка
в 96˚ спирте его применяют через:
а) 5 дней,
б) 10 дней,
в) 20 дней,
г) 30 дней,
д) 45 дней.
8. Для чего кладется вата
в кипятильник при стерилизации
режущих инструментов?
а) поглотить излишний пар,
б) повысит точку кипения воды,
в) осадить соли,
г) чтобы не тупились инструменты,
д) чтобы быстро не выкипала вода.
9. Сколько времени (
в часах) надо стерилизовать операционное белье текучим паром?
а) 0,5,
б) 1,
в) 1,5,
г) 2,
д) 2,5.
10. Помимо обязательного контроля эффективности стерилизации материала в автоклаве пробой на расплавление серы, бактериологический контроль следует производить через:
а) 5 дней,
б) 10 дней,
в) 15 дней,
г) 20 дней,
д) 30 дней.
11. Стерилизация шелка производится по методу:
а) Ситковского,
б) Кладиуса,
в) Кохера,
г) Микулича,
д) Губарева.
12. Как стерилизуются оптические инструменты?
а) кипячением,
б) в борной кислоте,
в) в автоклаве,
г) в растворе окисицианистой ртути 1:5000,
д) в физиологическом растворе.

13. Как стерилизуют синтетические шовные материалы (нейлон, капрон, дакрон, лавсан и т.д.)?
а) автоклавированием,
б) замачиванием
в растворе Люголя,
в) кипячением,
г) замачиванием
в) эфире,
д) замачиванием
в борной кислоте.
14. Стерилизация рук хирурга церигелем перед операцией
производится следующим образом:
а) обрабатывают руки 96˚ спиртом, а затем смазывают церигелем,
б) руки моют
в 0,5 % растворе нашатырного спирта, высушивают
стерильным полотенцем
и смазывают церигелем,
в) на сухие руки, без какой-либо обработки, наносят тонкий слой
церигеля
и высушивают их
в течение 3–5 минут,
г) после обработки рук церигелем их протирают салфеткой, смоченной
в спирте,
д) перед обработкой рук церигелем, их смазывают раствором танина.
15. Метод обработки операционного поля 5–10 % йодной настойкой предложил:
а) Склифосовский,
б) Листер,
в) Спасокукоцкий,
г) Филончинов
–Гроссих,
д) Кохер.
6 7
16. Когда следует проводить бритье кожи перед плановой операцией?
а) за двое суток до операции,
б) за сутки до операции,
в) вечером накануне операции,
г) утром
в день операции,
д) непосредственно перед началом операции на операционном
столе.
17. Сколько дней можно считать стерильным материал, хранящийся
в биксе, который ни разу не открывался (

в сутках)?
а) 1,
б) 2,
в) 3,
г) 5,
д) 7.
18. Укажите наиболее надежный, удобный
и быстрый способ
обработки рук хирурга из перечисленных методов:
а) Альфельда,
б) Фюрбрингера,
в) в растворе диацида 1:5000,
г) Спасокукоцкого
–Кочергина,
д) Заблудовского.
19. Для обработки рук хирурга перед операцией по Брунцу применяется:
а) мытье рук
в течение 10 минут щетками
в проточной воде,
б) дубление рук хирурга 5 % раствором танина,
в) мытье рук
в 0,5 % растворе нашатырного спирта,
г) обработка рук
в течение 10 минут 96˚ спиртом.
20. Обработка рук хирурга муравьиной кислотой перед операцией производится следующим образом:
а) моют руки
в проточной воде без щеток 1 минуту, затем
1 минуту –
в растворе муравьиной кислоты,
б) перед мытьем
в муравьиной кислоте руки моют под краном
одной щеткой 5 минут,
в) перед мытьем
в муравьиной кислоте руки моют двумя щетками по 5 минут,
г) руки совершенно не моют
в проточной воде, а моют только
в муравьиной кислоте 3 минуты,
д) после мытья рук
в течение 5 минут
в растворе муравьиной
кислоты обрабатывают их еще 5 минут.
21. Как часто (

в днях) следует производить посевы для
контроля за эффективностью стерилизации шовного материала?
а) 5,
б) 10,
в) 15,
г) 20,
д) 30.
22. Какой метод контроля стерилизации белья
в автоклаве является наименее надежным?
а) плавление серы,
б) плавление антипирина,
в) плавление пирамидона,
г) плавление резорцина,
д) метод Микулича.
23. При давлении
в 2 атмосферы температура
в автоклаве соответствует 132 ˚С. В течение какого времени (
в минутах) стерилизуют перевязочный материал при этих условиях?
а) 15 минут,
б) 20 минут,
в) 25 минут,
г) 45минут,
д) 60 минут.
24.
В течение какого времени (
в минутах) стерилизуют металлические инструменты
в 2 % содовом растворе с момента закипания воды?
а) 10 минут,
б) 15 минут,
в) 20 минут,
г) 45минут,
д) 60 минут.
25. Сколько следует мыть руки горячей текучей водой щеткой
и мылом по методу Фюрбрингера:
а) 3 минуты,
б) 5 минут,
в) 10 минут,
г) 15 минут,
д) 20 минут.
26. Наиболее принятыми методами обработки рук хирурга
в настоящее время считаются:
а) Альфельда,
б) Фюрбрингера,

в) раствором муравьиной кислоты,
г) Заблудовского,
д) Брунца.
27. Обработка рук хирурга перед операцией по методу Заблудовского производится:
а) 96˚ спиртом 10 минут,
б) 70˚ спиртом 10 минут,
в) дублением 5 % раствором танина,
г) обработка 0,5 % раствором аммиака,
д) мытье рук раствором диоцида 1:5000.
28. Для стерилизации белья
и перевязочного материала создал специальные металлические барабаны (биксы):
а) Субботин,
б) Шиммельбуш,
в) Листер,
г) Гроссиха–Филончиков,
д) Бергман.
29. Основы физической антисептики
в России детально разработал:
а) Чаруковский,
б) Преображенский,
в) Склифосовский,
г) Кохер,
д) Пирогов.
30. Гигроскопичные свойства марли усиливаются при смачивании ее раствором хлорида натрия
в концентрации:
а) 0,1 %,
б) 0,5 %,
в) 0,7 %,
г) 0,9 %,
д) 10 %.
31. Для обработки операционного поля спиртовый раствор
гибитана применяют
в концентрации:
а) 0,5 %,
б) 1 %,
в) 5 %.
32. Для обработки ран применяют раствор перекиси водорода
в концентрации:
а) 3 %,

б) 6 %,
в) 10 %,
г) 1 %,
д) 2 %.
33. Для промывания ран используют раствор перманганата
калия
в ноцентрации:
а) 0,01 % – 0,1 %,
б) 1 %,
в) 5 %.
34.
В качестве дезодоранта можно использовать:
а) нитрат серебра 2 %,
б) йодонат 1 %,
в) перманганат калия 2–5 %,
г) риванол,
д) салициловую кислоту.
35. Для прижигания избыточных грануляций используют нитрат серебра
в концентрации:
а) 0,1–0,5 %
б) 1–2 %,
в) 5–10 %,
г) перекись водорода 3 %,
д) супема 1:1000.
36.
К полусинтетическим пенициллинам относятся:
а) бензилпенициллин,
б) бициллин,
в) оксациллин NaCl.
37. Синонимом хлоргексидина биглюконата является:
а) гибитан,
б) роккал,
в) церигель.
38. Площадь палат для больных определяется из расчета на
1 койку:
а) 2–3
м,
б) 2,5
м,
в) 3,5
м,
г) 6,5–7,5
м,

д) 10–15
м.
10 11
39. Наиболее правильным считается ориентировать окна операционной на:
а) юг,
б) восток,
в) северо-запад,
г) северо-восток в Средней Азии,
д) юго-запад на севере.
40. Операционный блок должен располагаться на:
а) первом этаже здания,
б) последнем этаже здания,
в) предпоследнем этаже здания,
г) на любом этаже.
41. Операционные предельной асептики предназначены
для проведения:
а) экстренных операций на органах брюшной полости,
б) полостных операций на сердце и сосудах,
в) трансплантации органов и тканей,
г) общей хирургии,
д) гнойной хирургии.
42. Оптимальная температура воздуха в операционной:
а) ниже 18 ˚С,
б) ниже 25–30 ˚С,
в) не более 22–25 ˚С,
г) свыше 30 ˚С.
43. Генеральная уборка должна производиться не реже одного раза в:
а) 2–3 дня,
б) 7–10 дней,
в) 10–14 дней,
г) 30 дней.
44. Резиновые перчатки стерилизуют:
а) в сухожаровом шкафу,
б) в автоклаве.
45. Стерилизация шовного материала является профилактикой:
а) имплантационной инфекции,
б) контактной инфекции,
в) эндогенной инфекции.
46. Для обработки операционного поля по методу Гроссиха–
Филончикова используется:
а) йодонат,
б) 5 % настойка йода,
в) 1 % раствор бриллиантового зеленого,

г) 1,5 % раствор йода,
д) 3 % раствор перекиси водорода.
47. К рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:
а) кетгут – за 6–7 дней,
б) викрил,
в) лавсан,
г) хромированный кетгут,
д) просеребренный кетгут.
48. Стерилизация резиновых дренажей проводится:
а) паром под давлением или в сухожаровом шкафу,
б) в сухожаровом шкафу или кипячением,
в) паром под давлением или кипячением,
г) лазерным лучом,
д) обжиганием.
49. Химический метод контроля за качеством стерилизации предложен:
а) Пироговым,
б) Шиммельбушем,
в) Кохером,
г) Микуличем,
д) Листером.
12 13
50.
К не рассасывающемуся синтетическому шовному материалу относится:
а) лавсан,
б) кетгут хромированный,
в) кетгут просеребренный,
г) кетгут прозолоченный,
д) синтетический викрил.
51.
К четвертичным аммониевым соединениям для обработки рук хирурга относится:
а) кетонал,
б) первомур,
в) хлоргексидина биглюконат,
г) церигель,
д) 0,5 % раствор нашатырного спирта.
52. Шовный материал «Перлон» относится
к группе:
а) рассасывающийся естественный,
б) рассасывающийся синтетический,
в) не рассасывающийся естественный,
г) не рассасывающийся синтетический.
53. Шовный материал «Дексон» относится

к:
а) рассасывающимся естественным,
б) рассасывающимся синтетическим,
в) не рассасывающимся естественным,
г) не рассасывающимся синтетическим.
54. Шовный материал «Викрил» относится
к:
а) рассасывающимся естественным,
б) рассасывающимся синтетическим,
в) не рассасывающимся естественным,
г) не рассасывающимся синтетическим.
55. Шовный материал «Кетгут» относится
к:
а) рассасывающимся естественным,
б) рассасывающимся синтетическим,
в) не рассасывающимся естественным,
г) не рассасывающимся синтетическим.
56. Шовный материал «Капрон» относится
к:
а) рассасывающимся естественным,
б) рассасывающимся синтетическим,
в) не рассасывающимся естественным,
г) не рассасывающимся синтетическим.
57.
В операционных предельной асептики количество микроорганизмов
в одном кубическом метре воздуха не должно превышать
к началу операции:
а) 50,
б) 150,
в) 500,
г) 200,
д) 250.
58. Наиболее надежным способом стерилизации металлических инструментов
является:
а) кипячение,
б) автоклавирование,
в) в сухожаровом шкафу.
59. Обработка рук хирурга
в растворе
С-4 (первомур) производится
в течение:
а) 1 минуты,
б) 2-

х минут,
в) 3-
х минут,
г) 0,5 минут,
д) 1,5 минуты.
60. Обработка рук хирурга раствором хлоргексидина биглюконата производится
в течение:
а) 1 минуты,
б) 2–3 минут,
в) 4–5 минут,
г) 0,5–1 минуты,
д) 1,5–2 минут.
61. Метод хирургической работы, названный асептикой,
впервые ввел
в практику:
а) Фридрих,
б) Субботин,
в) Бергман,
г) Листер,
д) Пирогов.
14 15
62. Наиболее оптимальная стерилизация неоптических хирургических инструментов производится:
а) кипячением,
б) автоклавированием,
в) текучим паром,
г) сухим горячим паром,
д) химическими веществами.
63. Бактериологический контроль воздуха
в операционных
осуществляется не реже:
а) 1 раза
в неделю,
б) 1 раза
в месяц,
в) 1 раза
в полгода,
г) 1 раза
в 2–3 дня,
д) 2 раз
в неделю.
64. Бактериологический контроль за обработкой рук производится:

а) 1 раз
в неделю,
б) 1 раз
в месяц,
в) ежедневно.
65. Добавление соды
в водный стерилизатор-кипятильник способствует:
а) уничтожению спороносных микроорганизмов,
б) предупреждению накопления
и осаждения избытка солей,
в) предупреждению появления ржавчины на инструментах,
г) повышению точки кипения воды,
д) уменьшению кислой реакции воды.
66. Минимально время стерилизации операционного белья
текучим паром:
а) 30 минут,
б) 1 час,
в) 1,5 часа,
г) 2 часа,
д) 1,5 часа.
67. Минимальное время стерилизации резиновых перчаток кипячением:
а) 5 минут,
б) 10 минут,
в) 15 минут,
г) 20 минут,
д) 25 минут.
68. Кто предложил использовать способ кипячения для стерилизации хирургических инструментов?
а) Бергман,
б) Шиммельбуш,
в) Черни,
г) Кох,
д) Терье.
69. Общее время обработки рук по способу Спасокукоцкого
–
Кочергина
в растворе
в растворе нашатырного спирта:
а) 15 минут,
б) 10 минут,
в) 6 минут,
г) 4 минуты,
д) 3 минуты.

70. Если бикс не открывался, то материал считается стерильным
в течение:
а) 5 дней,
б) 2 дней,
в) 3 дней,
г) 4 дней,
д) 1 дня.
71. Минимальное время стерилизации металлического инструмента кипячением
в 2 % растворе соды:
а) 30–40 минут, б) 20–30 минут, в) 15–20 минут,
г) 10–15 мину,
д) 5–10 минут.
72. Минимальное время стерилизации перевязочного материала
в автоклаве при давлении 2 атмосферы:
а) 60 минут,
б) 10 минут,
в) 20 минут,
г) 40 минут,
д) 30 минут.
73. Надевание бахил
и операционной формы является профилактикой:
а) контактной инфекции,
б) воздушной инфекции,
в) имплантационной инфекции,
г) эндогенной инфекции, д) капельной инфекции.
74. Обработка операционного поля производится:
а) накануне операции,
б) перед выполнением операции
в хирургическом отделении,
в) в предоперационной,
г) на операционном столе,
д) за день до операции вечером.
16 17
75. При стерилизации операционного белья боковые отверстия бикса следует закрыть:
а) до помещения бикса
в автоклав,
б) при закладывании белья
в бикс,
в) при транспортировке бикса
в стерилизационную,
г) при извлечении бикса из автоклава.

76. Переодевание хирургов
в операционный костюм обеспечивает профилактику:
а) контактной инфекции,
б) имплантационной инфекции,
в) эндогенной инфекции,
г) воздушной инфекции,
д) капельной инфекции.
77. Надевание бахил способствует профилактике:
а) контактной инфекции,
б) имплантационной инфекции,
в) воздушной инфекции,
г) эндогенной инфекции.
78. Надевание маски способствует профилактике:
а) воздушно-капельной инфекции,
б) контактной инфекции,
в) имплантационной инфекции,
г) эндогенной инфекции.
79. Маску следует надевать:
а) при входе
в операционный блок,
б) в предоперационной,
в) в операционной,
г) в помещении для подготовки операционного белья для стерилизации,
д) в ординаторской.
80.
К способам обработки рук, основанным только на дублении, относятся способы:
а) Альфельда,
б) Спасокукоцкого
–Кочергина,
в) Бруна,
г) Заблудовского,
д) с использованием первомура.
81. Что из перечисленного не способствует профилактике
воздушно-капельной инфекции?
а) санация персонала,
б) влажная уборка помещения,
в) ношение маски,
г) проветривание помещения,
д) использование УФ лучей.
82. Как предупредить имплантационную инфекцию?
а) стерилизовать хирургический инструмент,
б) использовать стерильные простыни для изоляции операционного поля,

в) использовать стерильный шовный материал,
г) носить маску,
д) надеть бахилы.
83. Уборка операционного блока выполняется для профилактики:
а) контактной инфекции,
б) воздушной инфекции,
в) капельной инфекции,
г) эндогенной инфекции,
д) имплантационной инфекции.
84. Белый строительный материал
в операционной не используется потому, что он:
а) легко загрязняется,
б) не влияет на микробную флору,
в) поглощает лучи света,
г) отражает лучи света,
д) все ответы неверны.
18 19
85. Оптические приборы стерилизуют:
а) сухим жаром,
б) автоклавированием,
в) кипячением,
г) в газовых стерилизаторах,
д) замачиванием
в растворе сулемы 1:1000.
86. Перевязочный материал стерилизуют:
а) кипячением,
б) сухим жаром,
в) автоклавированием,
г) в парофомалиновой камере,
д) УФ облучением.
87.
К холодовой стерилизации относится все, кроме:
а) излучения бактерицидной лампы,
б) текучего пара,
в) ионизирующего излучения,
г) паров формалина,
д) окиси этилена.
88. Профилактика воздушно-капельной инфекции
в операционном отделении осуществляется:
а) правильной планировкой помещений,
б) переодеванием хирургов
в операционный костюм,
в) надеванием масок,

г) надеванием бахил,
д) все ответы правильные.
89.
В течение какого времени (
в минутах) стерилизуют металлические инструменты
в 2 % растворе гидрокарбоната натрия
с момента закипания воды?
а) 10,
б) 15,
в) 20,
г) 45,
д) 60.
90.
В течение какого времени (
в минутах) производится стерилизация перевязочного материала под давлением
в автоклаве?
а) 15,
б) 20,
в) 25,
г) 30,
д) 45.
91. Термин «антисептика» впервые ввел:
а) Земмельвейс,
б) Прингл,
в) Листер,
г) Пирогов,
д) Пастер.
92. Комплекс мероприятий, направленный на борьбу с хирургической инфекцией, называется:
а) антисептикой,
б) асептикой.
93. Дезинфицировать руки медицинского персонала перед
операцией
и манипуляциями впервые предложил:
а) Пирогов,
б) Земмельвейс,
в) Листер,
г) Альфельд,
д) Фюрбрингер.
94. Листер предложил для стерилизации
и дезинфекции использовать раствор:
а) перекиси водорода,

б) перманганата калия,
в) карболовой кислоты,
г) борной кислоты,
д) салициловой кислоты.
95. Земмельвейс рекомендовал для профилактики инфекционных осложнений обрабатывать руки раствором:
а) нашатырного спирта,
б) карболовой кислоты,
в) хлорной извести,
г) бриллиантового зеленого,
д) метилового синего.
96. Перчатки для хирургических манипуляций впервые ввел в практику:
а) Цеге
–Мантейфель,
б) Бергман,
в) Пирогов,
г) Спасокукоцкий,
д) Земмельвейс.
20 21
97. Приоритет в разработке метода асептики принадлежит:
а) Бергману–Шиммельбушу,
б) Листеру,
в) Пирогову,
г) Петровскому,
д) Бураковскому.
Подчеркните неправильный ответ
1. Стерилизация нитей кетгута в спиртовом растворе Люголя производится следующим образом:
а) сухие нити кетгута свертываются в кольца и заливаются эфиром на 12–24 часа,
б) затем на 8–10 суток заливаются спиртовым раствором Люголя,
в) кетгут кипятят 2 минуты в растворе сулемы 1:1000,
г) кетгут повторно заливают свежим раствором Люголя еще на 8–10 суток,
д) производят бактериологический контроль на стерильность.
2. Стерилизация резиновых перчаток производится следующими методами:
а) паром под давлением в автоклаве,

б) сухим жаром
в печи Пастера,
в) кипячением
в стерилизаторах,
г) в растворе сулемы 1:1000,
д) в 1–2 % растворе хлорамина.
3. Для обработки операционного поля применяются:
а) 1 % бриллиантовой зелени,
б) основная цианистая ртуть,
в) муравьиная кислота,
г) 5–10 % настойка йода,
д) церигель.
4. Обработка рук хирурга по Альфельду. Что здесь лишнее?
а) мытье горячей водой
и мылом 5 минут,
б) то же самое второй раз,
в) протирание стерильным полотенцем,
г) обработка рук раствором сулемы 1:1000,
д) обработка рук 96˚ спиртом.
5. Обработка рук хирурга по методу Фюрбрингера производится
в следующем порядке:
а) руки моют горячей водой щетками с мылом 10 минут,
б) высушивают стерильным полотенцем или салфетками,
в) дубят кожу рук 5 % раствором танина,
г) в течение 3 минут обрабатывают 70˚ спиртом,
д) в течение 3 минут обрабатывают 0,5 % раствором сулемы, ногтевые ложа
и кожные складки смазывают настойкой йода.
6. Посевы с рук хирургов
и операционных сестер перед началом операции, как правило, производятся
через:
а) 5–7 дней,
б) 10–12 дней,
в) 15–20 дней,
г) 25–30 дней,
д) 60 дней.
7. Листеровская повязка состояла из следующих слоев:
а) зеленый шелк, пропитанный 5 % раствором карболовой кислоты
в смолистом веществе,
б) 8 слоев марли, пропитанные смесью карболовой кислоты с канифолью
и парафином,
в) 4 слоя марли, пропитанные антибиотиками,
г) прорезиненная бумажная ткань или клеенка,
д) бинт, пропитанный карболовой кислотой.

8. Режущие инструменты стерилизуются:
а) кипячением, б) в автоклаве,
в) в 96˚ спирте,
г) в тройном растворе, д) в термостате.
9. Стерилизация волоса:
а) мытье с мылом
в теплой воде,
б) обезжиривание
в дистиллированной воде,
в) кипячение по 40 минут ежедневно
в течение трех дней,
г) погружение
в спирт на 7 суток,
д) хранение
в 96˚ спирте.
22 23
10. Для контроля качества предстерилизационной обработки
инструментов применяют следующие пробы:
а) бензидиновая,
б) ортолидиновая,
в) амидопириновая,
г) фенол-фталеиновая,
д) сулемовая.
11. Обработка операционного поля по методу Гроссиха–Филончикова производится
в следующей последовательности:
а) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед обкладыванием стерильного белья,
б) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода после наложения белья,
в) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед разрезом кожи,
г) смазывают операционное поле 5 % настойкой йода перед заживанием кожи,
д) смазывают швы бриллиантовой зеленью.
12. Стерилизация шелка по методу Кохера производится
в следующем порядке:
а) мотки шелка моют
в теплой воде с мылом, высушивают
и наматывают на катушки,
б) обезжиривают
в эфире 12–24 часа,
в) стерилизуют
в 70˚спирте 12–24 часа,
г) кипятят
в растворе соды 10 минут,

д) переносят
в банку с 96˚ спиртом.
13. Что из перечисленного способствует профилактике контактной инфекции?
а) стерилизация хирургического инструмента,
б) надевание стерильного халата,
в) надевание стерильного операционного костюма,
г) обработка операционного поля,
д) использование стерильного операционного белья.
14. Стерилизация резиновых перчаток производится:
а) замачиванием их
в растворе сулемы 1:1000
в течение 10 минут,
б) автоклавированием,
в) помещением
в сухожаровой стерилизатор,
г) парами формалина,
д) УФ облучением.
15. Профилактике воздушно-капельной инфекции способствует:
а) надевание марлевой маски,
б) УФО операционной,
в) влажная уборка помещения операционного блока,
г) использование кондиционера,
д) гигиеническая обработка больного перед операцией.
16. Что используют
в качестве индикатора для контроля качества стерилизации?
а) порошок серы,
б) антипирин,
в) пирамидом,
г) резорбицин,
д) бензойную кислоту.
17. Для профилактики эндогенной инфекции эффективно:
а) назначение антибиотиков до операции,
б) активизация иммунных сил организма,
в) санация ротовой полости больного,
г) отказ от плановой операции,
д) проведение тщательной обработки помещений.
18.
К контактному инфицированию операционной раны относится попадание
в нее микроорганизмов:
а) из воздуха,
б) с рук хирурга,
в) с хирургического инструмента,
г) с перевязочного материала,

д) с рук операционых сестер.
24 25
19. К эндогенному инфицированию операционной раны относится попадание в нее микроорганизмов:
а) с шовного материала,
б) из органов желудочно-кишечного тракта,
в) из органов дыхания больного,
г) с кожи больного гнойных заболеваний.
20. Контроль стерилизации в автоклаве обеспечивается:
а) методом Микулича,
б) бактериологической проверкой,
в) помещением в биксы порошкообразной серы,
г) помещением в биксы порошкообразного пирамидона,
д) измерением температуры непосредственно в биксах.
21. Физическая асептика достигается:
а) кипячением в стерилизаторах,
б) стерилизацией текучим паром в аппарате Коха,
в) стерилизацией паром под давлением в автоклаве,
г) стерилизацией сухим жаром в печи Пастера,
д) мытьем перед операцией инструментов щетками.
22. Раствор сулемы 1:1000 применяется для:
а) стерилизации шелка,
б) дезинфекции предметов ухода (суден, уток и т.д.),
в) стерилизации металлических инструментов,
г) обработки рук хирурга перед операцией,
д) стерилизации перчаток.
23. 96˚ спирт применяется:
а) для обработки рук хирурга,
б) стерилизации перевязочного материала,
в) стерилизации режущих инструментов,
г) обработки операционного поля,
д) хранения шовного материала.
АНТИСЕПТИКА
Подчеркните правильный ответ
1. К механической антисептике относятся следующие методы:
а) смачивание раны 10 % раствором поваренной соли,
б) высушивание раны воздухом – как метод открытого лечения
ран,
в) первичная хирургическая обработка раны, биотиков,
г) непрерывный способ орошения ран раствором антибиотиков,
д) дренирование раны марлевым тампоном.
2. Какое из перечисленных антисептических средств является солью тяжелого металла?

а) йодоформ, б) стрептоцид, в) пенициллин,
г) норсульфазол, д) сулема.
3. К методам химической антисептики относятся:
а) припудривание раны пенициллином,
б) промывание раны раствором фурациллина 1:2000,
в) введение тампона в рану с 5 % раствором сахара,
г) облучение раны ультрафиолетовыми лучами,
д) ванночки с гипертоническим раствором поваренной соли.
4. К физической асептике относятся следующие методы:
а) иссечение краев раны и удаление мертвых тканей,
б) удаление инородных тел из раны,
в) промывание раны перекисью водорода,
г) применение вакцин из специфических сывороток,
д) создание тока жидкости из раны в повязку с помощью тампонов, дренажей и гипертонических растворов.
5. Какое из перечисленных средств относится к биологическим антисептикам?
а) этазол, б) сульфадимезин, в) бициллин,
г) хлорамин, д) формалин.
26 27
6. Научное обоснование антисептических методов хирургической работы принадлежит:
а) Пирогову,
б) Листеру,
в) Бергману,
г) Земмельвейсу, д) Шиммельбушу.
7. Для лечения инфицированных ран
и гнойных полостей
в настоящее время применяют следующие ферменты:
а) пирогалол,
б) трипсин,
в) фурадонин,
г) диацид,
д) сульфадиметоксин.
8.
К антисептикам группы окислителей относится:
а) перекись водорода,
б) раствор Люголя,
в) лизол,
г) салициловая кислота,
д) свинцовая вода.
9. Для промывания ран применяется раствор хлорамина следующей концентрации:
а) 0,1 %,

б) 1 %,
в) 1,5 %,
г) 2 %,
д) 5 %.
10. Для обработки рук хирурга применяется раствор диацида
в концентрации:
а) 1:100,
б) 1:500,
в) 1:1000,
г) 1:2500,
д) 1:5000.
11. Какой из препаратов следует рекомендовать при кандидомикозе?
а) мономицин,
б) сульфадимезин, в) нистатин,
г) стрептомицин, д) пенициллин.
12. Через резиновый трубчатый дренаж грудной полости самопроизвольно эвакуируется экссудат. Какой метод антисептики используется?
а) механическая,
б) физическая,
в) микробиологическая,
г) химическая,
д) биологическая.
13. Что относится
к механической антисептике?
а) орошение раны раствором пероксида водорода,
б) дренирование раны марлевым тампоном,
в) удаление из раны нежизнеспособных тканей
и инородных тел,
г) иммобилизация конечности гипсовой повязкой.
14. Какое действие перекиси водорода выражено наиболее слабо?
а) антимикробное,
б) пенообразующее,
в) дезодорирующее,
г) механическое очищение раны,
д) органолептическое.
15. Раствор какого антисептика используется чаще всего для
хранения корнцанга?
а) тройной раствор,
б) этилового спирта,
в) йода,
г) сулемы,
д) йодоната.
16. Что из перечисленного относят

к поверхностной антисептике?
а) введение антисептика
в полости организма,
б) внутримышечное введение антибиотиков,
в) введение антисептика
в окружающие рану ткани,
г) орошение раны раствором фурацилина,
д) внутривенное введение 1 % раствора фурагина.
17. Какие из перечисленных лечебных мероприятий относятся
к методам биологической антисептики?
а) первичная хирургическая обработка раны,
б) промывание раны водорода пероксидом,
в) внутримышечное введение стрептомицина,
г) назначение внутрь сульфадиметоксина,
д) белковая диета.
28 29
18. Гипертонический раствор натрия хлорида применяется при:
а) первичной хирургической обработке раны,
б) наложении рассасывающего компресса,
в) стерилизации режущих инструментов,
г) дренировании гнойных полостей
и ран тампоном,
д) в качестве примочек.
19.
В какой концентрации применяют раствор фурацилина
для промывания ран?
а) 1:200,
б) 1:500,
в) 1:2000
г) 1:5000,
д) 1:10000.
20. Какие из перечисленных ниже средств не относят
к биологической антисептике?
а) вакцины,
б) специфические сыворотки,
в) антибиотики,
г) сульфаниламиды,
д) переливание крови.
21. Какое вещество раньше остальных применялось как антисептик?
а) пероксид водорода,
б) сулема,
в) спиртовой раствор йода,
г) борная кислота,

д) карболовая кислота.
22. Что относится
к антисептикам из группы альдегидов?
а) карболовая кислота,
б) сулема,
в) калия перманганат,
г) формалин 36,5–37,5 %,
д) серебра нитрат.
23. Что относится
к антисептикам из группы красителей?
а) фурацилин, фурагин,
б) метиленовый синий, бриллиантовый зеленый,
в) йодонат, йодопирон,
г) раствор хлорной извести,
д) фуразолин.
24. Какова суть физической антисептики?
а) повысить иммунитет больного,
б) ослабить патогенные свойства микробов,
в) убить микробы
в ране,
г) создать
в ране неблагоприятные условия для развития микробов,
д) уничтожить
в ране микробные споры.
25. Какой из препаратов следует назначать при кандидомикозе?
а) канамицин,
б) леворин,
в) тетрациклин,
г) фурагин,
д) эритромицин.
26. Гнойная рана промыта пульсирующей струей раствора
антисептика
и дренирована. Это антисептика:
а) химическая,
б) физическая,
в) механическая,
г) биологическая, д) смешанная.
27. Для проведения химической антисептики настоящее время используются следующие вещества: 1) поверхностно-активные вещества, 2) антибиотики, 3) спирты, 4) вакцины, 5) окислители.
а) 1, 2, 3,
б) 3, 4, 5,
в) 1, 2, 4,

г) 2, 3, 4,
д) 1, 3, 5.
28.
К группе органических антисептических веществ относятся:
а) красители
б) окислители
в) фенолы,
г) альдегиды,
д) спирты.
29. Кем было предложено применение 3–5 % раствора карболовой кислоты?
а) Листером,
б) Склифосовским, в) Пироговым,
г) Шиммельбушем, д) Бергманом.
30 31
30. Первичная хирургическая обработка раны:
а) иссечение краев раны
и удаление нежизнеспособных тканей,
промывание раны,
б) введение антибиотика,
в) резекция кишечника при необходимости,
г) вскрытие флегмоны,
д) туалет плевральной полости при эмпиеме.
31.
К группе галоидов относятся следующие антисептики:
а) перекись водорода,
б) фурацилин,
в) настойка йода,
г) спирт,
д) пенициллин.
32.
К механической антисептике относятся следующие методы:
а) высушивание раны воздухом,
б) смачивание раны 10 % раствором поваренной соли,
в) первичная хирургическая обработка раны,
г) неправильное орошение антисептическим раствором,
д) дренирование раны марлевыми тампонами.
33. Кто является основоположником антисептического метода?
а) Пирогов,
б) Земмельвейс,
в) Пастер,
г) Пелехин,
д) Листер.
34.

К группе формальдегидов относятся:
а) карболовая кислота,
б) спирт,
в) уротропин,
г) сулема,
д) метиленовая синяя.
Подчеркните неправильный ответ
1. Антисептический метод хирургической работы, разработанный Листером, заключается
в следующем:
а) перед операцией
и во время нее
в воздухе операционной распыляют раствор карболовой кислоты,
б) руки хирурга обрабатываются 2–3 % раствором карболовой
кислоты,
в) инструменты обрабатываются 2–3 % раствором карболовой
кислоты,
г) операционное поле смазывается 10 % настойкой йода,
д) материалы для перевязки
и швов обрабатываются 2–3 % раствором карболовой кислоты.
2.
К методам поверхностной антисептики относятся:
а) назначение антисептических средств во внутрь при гнойных
ранах,
б) выполнение раны марлевыми салфетками, смоченными раствором антисептического препарата,
в) припудривание раны порошком антисептического вещества,
г) применение антисептических мазей,
д) дезинфекция ран при помощи ванночек с антисептическими
веществами.
3. Отрицательные стороны антисептического метода, предложенного Листером, следующие:
а) длительное пребывание
в операционной
в парах карболовой
кислоты приводит
к отравлению персонала
и больного,
б) обработка рук карболовой кислотой вызывает раздражение
кожи,
в) попадание карболовой кислоты
в рану вызывает некроз тканей,
г) попадание карболовой кислоты

в рану вызывает гибель микробов,
д) попадание карболовой кислоты
в рану вызывает бурное развитие грануляций
в ране.
32 33
4.
К методу глубокой антисептики относятся следующие способы введения антисептических средств:
а) желудочно-кишечный тракт,
б) внутривенно,
в) внутриартериально,
г) внутримышечно,
д) в брюшную полость.
5. 96˚ винный спирт применяется:
а) для обработки рук хирурга,
б) стерилизации перевязочного материала,
в) стерилизации режущих инструментов,
г) обработки операционного поля,
д) хранения шовного материала.
6.
К химическим антисептикам относятся следующие вещества:
а) йод,
б) карболовая кислота,
в) формалин,
г) фурациллин,
д) колимицин.
7.
В группу неорганических соединения химических антисептиков входят:
а) галоиды,
б) окислители,
в) фенолы,
г) кислоты
и щелочи,
д) соли тяжелых металлов.
8. Целью некролитического действия
в хирургической клинике существуют следующие способы применения ферментов:
а) внутримышечное введение,
б) местная энзимотерапия,
в) электрофорез трипсина,
г) внутрь,
д) внутрикостное введение.
9.

К ошибкам антибиотикотерапии относятся:
а) назначение антибиотиков без должных показаний,
б) использование препаратов
в больших дозах, что приводит
к быстрой антибиотикорезистентности,
в) недоучет быстро нарастающей антибиотикорезистентности
в процессе лечения,
г) комбинация препаратов антибиотиков, обладающих антагонистическим действием,
д) недоучет противопоказаний (аллергические реакции, поражение слуха
и др.).
10. Механизм
и виды дренирования:
а) отток гнойного содержимого,
б) капиллярное всасывающее действие,
в) активное дренирование,
г) проточный диализ,
д) бактерицидное действие.
11. Жидкости для промывания при проточном диализе:
а) 0,9 % NaCl,
б) кипяченая вода,
в) фурацилин,
г) муравьиная кислота,
д) диоксидин.
12. При использовании антибиотиков возможны следующие ошибки:
а) применение антибиотиков без должных показаний,
б) использование антибиотиков
в больших дозах, что приводит
к быстрой адаптации микрофлоры
к антибиотикам,
в) назначение антибиотиков одной
и той же группы, которые могут иметь разное название,
г) учитывая чувствительность антибиотиков.
34 35
ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
Подчеркните правильный ответ
1. Какой из перечисленных методов терапии показан при аспирации рвотных масс?
а) искусственное дыхание,
б) внутривенное введение лобелина,
в) ингаляция кислорода,
г) трахеостомия,
д) бронхоскомия,

2. При проведении эндотрахеального наркоза может наблюдаться остановка дыхания по следующим причинам:
а) в результате аспирации рвотных масс,
б) в результате спазма голосовых связок,
в) в результате западения языка,
г) в результате передозировки наркотического вещества,
д) в результате развития послеоперационной пневмонии.
3.
С чего надо начинать реанимационные мероприятия при клинической смерти?
а) введение кордиамина,
б) введение препарата дигиталиса,
в) введение дитилина
и лобелина,
г) искусственное дыхание
и массаж сердца,
д) врутрисердечное введение адреналина.
4.
К газообразным наркотическим веществам относятся:
а) эфир,
б) цикопропан, в) хлороформ,
г) хлорэтил,
д) флюотан.
5. При введении внутритрахеального наркоза полуоткрытым способом больной:
а) вдыхает смесь атмосферного воздуха с наркотическим веществом
и выдыхает его
в окружающую атмосферу,
б) вдыхает наркотическую смесь, полностью изолированную от атмосферного воздуха, и выдыхает ее
в окружающую атмосферу,
в) вдыхание наркотической смеси полностью изолировано от атмосферного воздуха, выход осуществляется частично
в наркозный аппарат, частично
в окружающую атмосферу,
г) вдох
и выдох полностью изолированы от окружающей атмосферы,
д) вдох
и выдох необходимо производить через поглотитель углекислоты.
6. Какую терапию следует выбрать при тотальном бронхиолоспазме?
а) искусственное дыхание,
б) массаж легкого,
в) массаж сердца,

г) бронхоскопию,
д) внутривенное введение лобелина.
7. При какой системе циркуляции дыхательной смеси
в наркозном аппарате не требуется абсорбер:
а) полузакрытая,
б) полуоткрытая,
в) закрытая,
г) маятникообразная,
д) с вдохом из аппарата, с выходом частично
в аппарат, частично
наружу.
8. Для прямокишечного наркоза применяется:
а) 0,3 % раствор дикаина,
б) циклопропан,
в) 3 % раствор авертин-нарколана,
г) закись азота,
д) хлоралгидрат, ГОМК.
9. Внутренний наркоз впервые был предложен:
а) Н.П. Кравковым,
б) А.М. Филомафитским,
в) Н.И. Пироговым,
г) Ф.И. Иноземцевым,
д) Симпсоном.
36 37
10. Правильная позиция эндотрахеальной трубки
в трахее:
а) трубка введена до отказа вглубь,
б) манжетка на уровне подсвязочного пространства,
в) манжетка на уровне голосовой щели,
г) манжетка на уровне черпаловидного хряща,
д) верхний срез трубки
у края зубов.
11. Маска Эсмарха состоит из:
а) проволочного каркаса, на котором имеется желобок, препятствующий затеканию жидкого наркотика на лицо больного,
б) проволочного каркаса, покрытого марлей,
в) проволочного каркаса, обшитого марлей
и клеёнкой,
г) металлического резервуара выполненного войлоком,
д) изготавливается из резины
и надувается воздухом.
12. Во время масочного наркоза с помощью какого анестетика нельзя применять диатермокоагуляцию?

а) закиси азота, б) хлороформа, в) эфира,
г) флюотана,
д) тиопетала.
13.
В полном баллоне с закисью азота давление газа при измерении манометром оказалось равным 50 атмосфер. Из этого
баллона использовали половину его содержимого. Каково теперь
окажется давление газа
в баллоне при условии, что температура
в баллоне не изменилась?
а) 25 атмосфер, б) 30 атмосфер, в) 40 атмосфер,
г) 45 атмосфер, д) 50 атмосфер.
14. Как определять количество закиси азота
в баллоне?
а) по показаниям манометра,
б) по показаниям дозиметра наркозного аппарата,
в) по степени охлаждения редуктора,
г) путем взвешивания баллона,
д) по времени работы с баллоном.
15. Кто впервые
в медицинской практике применил для общего обезболивания закись азота?
а) Джексон,
б) Мортон,
в) Уоррен,
г) Уэллс,
д) Иноземцев.
16. Кто впервые использовал
в клинической практике эфир
для общего обезболивания?
а) Мортон
б) Джексон,
в) Пирогов,
г) Уэлльс,
д) Иноземцев.
17. Кто впервые применил наркоз
в условиях военных действий?
а) Джексон,
б) Мортон,
в) Симпсон,
г) Пирогов,
д) Буяльский.
18.
К мышечным релаксантам недеполяризующего типа действия относятся:

а) листенон,
б) тубокурарин, в) дитилин,
г) курантил,
д) синакур.
19. Меры профилактики аспирации желудочного содержимого:
а) положение больного с возвышенным головным концом операционного стола,
б) положение больного с опущенным головным концом операционного стола,
в) наличие раздутой манжетки эндотрахеальной трубки, герметично обтурирующей трахею,
г) углубление наркоза,
д) глубокая кураризация.
20. Противопоказанием
к ингаляционному наркозу с помощью маски является:
а) стенозы трахеи
и гортани,
б) нарушение носового дыхания,
в) детский возраст,
г) кровопотеря,
д) пожилой
и старческий возраст.
21. Какие вещества применяются для внутривенного наркоза?
а) циклопропан, б) тиопентал натрия, в) трихлорэтилен,
г) фторотан,
д) хлорэтил.
38 39
22.
В какой из перечисленных дыхательных систем наркозных аппаратов можно достигнуть наиболее точной дозировки ингаляционных наркотиков во вдыхаемом воздухе?
а) закрытая циркуляционная,
б) полузакрытая циркуляционная,
в) возвратно-поступательная (реверсивная),
г) полуоткрытая,
д) открытый способ – маской Эсмарха.
Подчеркните неправильный ответ
1.
К жидким наркотическим веществам относятся:
а) этиловый спирт, б) хлороформ,
в) хлорэтил,
г) закись азота, д) винитен.
2. Методом предупреждения взрывов
в операционной является:

а) заземление всех электроприборов,
б) размещение розеток не ниже 1,2
м над полом,
в) применение антистатической резины
г) ношение синтетического белья
в операционной,
д) расположение баллонов вдали от нагревательных приборов.
3. Признаками асфиксии являются:
а) сужение зрачков,
б) расширение зрачков,
в) цианоз,
г) потемнение крови,
д) остановка дыхания.
4. Перед введением
в трахею интубационной трубки местную
анестезию корня языка, неба
и входа
в гортань производят смазыванием:
а) 5 % раствором кокаина,
б) 1 % раствором дикаина,
в) 5 % раствором новокаина,
г) 10 % раствором новокаина,
д) 2 % раствором новокаина.
5. Препараты барбитуровой кислоты для внутривенного наркоза применять опасно при:
а) шоке,
б) тяжелом диабете, в) кахексии,
г) травмах черепа, д) пороках сердца.
6. При подготовке аппарата
к наркозу необходимо:
а) проверить количество газа
в баллонах,
б) проверить герметичность всех соединений,
в) проверить работу дозиметров,
г) заземлить аппарат во избежание взрыва от статического электричества,
д) смазать маслом кислородный редуктор.
7.
В третьей стадии наркоза, по мере углубления его, различают следующие уровни:
а) 1-
й уровень (3) – уровень движения глазных яблок,
б) 2-
й уровень (3) – уровень роговичного рефлекса,

в) 3-
й уровень (3) – уровень расширения зрачка,
г) 4-
й уровень (3) – уровень диафрагмального дыхания,
д) 5-
й уровень (3) – уровень возбуждения, сопровождаемый рвотой.
8. Основные цели многокомпонентного наркоза:
а) устранение боли,
б) выключение сознания,
в) выключение компенсаторных реакций кровообращения,
г) мышечная релаксация,
д) управление дыханием.
9. Обязательные условия для применения миорелаксантов следующие:
а) наличие набора для интубации трахеи,
б) умение производить интубацию трахеи,
в) умение вентилировать легкие больного через маску наркозного аппарата,
г) герметичность наркозного аппарата,
д) наличие абсорбера, заполненного свежим химпоглотителем.
40 41
10. При западении языка во время масочного наркоза следует
применять следующие лечебные меры:
а) ввести подкожно цитион,
б) открыть рот и извлечь язык языкодержателем,
в) вставить в рот воздуховод,
г) выдвинуть и правильно удержать нижнюю челюсть,
д) одеть маску и продолжить наркоз.
11. Искусственное дыхание изо рта в рот производится следующим образом:
а) освобождается ротовая полость от содержимого,
б) нос пострадавшего зажимается пальцами,
в) язык выводится наружу языкодержателем,
г) голова пострадавшего запрокидывается назад,
д) вдувается воздух изо рта в рот.
12. Признаками передозировки эфира являются:
а) снижение артериального давления,
б) частое поверхностное диафрагмальное дыхание,
в) расширение зрачка с отсутствием его реакции на свет,
г) расширение зрачка с сохранением реакции на свет,
д) арефлексия.
13. Каковы элементы проведения масочного наркоза?
а) наблюдение за клиникой наркоза,
б) капельная подача наркотика в маску,
в) применение воздуховода,
г) проведение управляемой вентиляции легких,

д) предупреждение западения языка.
14. Первооткрывателями наркоза являются:
а) Ларрей, б) Лонг, в) Мортон,
г) Пирогов, д) Уэллс.
15. Для внутривенного наркоза применяются:
а) гексенал, б) закись азота, в) пентотал,
г) тиопентал натрия, д) алкоголь.
16. Что необходимо для интубации трахеи?
а) роторасширитель,
б) ларингоскоп,
в) раствор миорелаксанта,
г) эндотрахеальная трубка,
д) мандрен для трубки.
17. Каковы цели премедикации?
а) усиление тормозных процессов психики,
б) подавление вегетативной рефлекторной возбудимости,
в) выключение компенсаторных реакций кровообращения,
г) уменьшение восприятий болевых ощущений,
д) нейтрализация побочного действия наркотиков.
18. Осложнения вводного наркоза:
а) ларингоспазм,
б) рвота,
в) паралич скелетной мускулатуры,
г) остановка сердца,
д) регургитация.
19. Что надо делать во время интубации трахеи?
а) проводить клинок ларингоскопа слева от языка,
б) опираться клинком на верхние зубы больного,
в) прижимать клинком верхнюю губу к зубам,
г) отодвигать клинком маленький язычок,
д) прижимать клинком надгортанник к корню языка.
20. Основными осложнениями спинномозговой анестезии
могут быть:
а) менингизм,
б) головные боли,
в) резкое повышение артериального давления,
г) двигательные парезы и паралич,
д) тошнота и рвота.
42 43
21. Наркозные аппараты состоят из следующих основных систем:
а) баллонов для наркотических веществ
и кислорода,
б) системы дозиметров с обогательным устройством,

в) испарителей для жидких наркотических веществ,
г) систем для регулирования циркуляции газов
и поглощения
углекислоты,
д) масляного устройства для смазывания редуктора
и кислородных трубок.

МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Подчеркните правильный ответ

1. Какой концентрации применяют раствор дикаина для перидуальной анестезии:
а) 0,1 %,
б) 0,3 %,
в) 0,5 %,
г) 1 %,
д) 2 %.
2. Какой процент новокаина применяют для анестезии смазыванием?
а) 0,25,
б) 0,5,
в) 1,
г) 2,
д) 10.
3. Кто предложил спинномозговую анестезию?
а) Юдин,
б) Вишневский, в) Браун,
г) Бир,
д) Шлейх.
4. Кто впервые предложил местную инфильтрационную анестезию?
а) Вишневский, б) Шлейх,
в) Орлов,
г) Реклю,
д) Спасокукоцкий.
5. Кто первым предложил использовать кокаин для местного обезболивания?
а) Колер,
б) Анреп,
в) Реклю,
г) Лукашевич,
д) Орлов.
6. Для проводниковой анестезии применяют
а) 2 % раствор новокаина,
б) 5 % раствор новокаина,
в) 0,25 % раствор новокаина,
г) 0,3 % раствор дикаина,
д) 5 % раствор кокаина.

7. Из широкого арсенала имеющихся обезболивающих
средств для спинномозговой анестезии
в настоящее время применяют:
а) 5 % раствор новокаина,
б) 2 % раствор новокаина,
в) 0,3 % раствор дикаина,
г) 5 % раствор кокаина,
д) 1 % раствор тиопентала натрия.
8. Почему не имеет широкого распространения перидуральная анестезия?
а) угроза осложнения при ошибочном введении раствора анестетика
в ликвор,
б) трудность техники
и диагностики нахождения иглы
в перидуральном пространстве,
в) длительность экспозиции до наступления анестезии,
г) необходимость соблюдения большой аккуратности
и точности
ее проведения,
д) несовершенство анестезии даже при ее правильном
и безупречном выполнении.
9. Виды проводниковой анестезии:
а) спинномозговая,
б) перидуральная,
в) инфильтрационная,
г) по Лукашевичу,
д) стволовая.
10. Кто является первооткрывателем местной анестезии?
а) Реклю,
б) Шлейх,
в) Вишневский,
г) Браун,
д) Спасокукоцкий.
44 45
11. Какой концентрации применяется раствор новокаина для
проводниковой анестезии?
а) 0,25 %,
б) 0,5 %,
в) 1 %,
г) 2 %,
д) 5 %.
12. Поздние осложнения спинномозговой анестезии:
а) падение артериального давления,
б) гнойный менингит,

в) двигательные парезы
и параличи,
г) менингизм,
д) головные боли.
13. Почему спинномозговая анестезия не имеет
в наши дни
широкого распространения?
а) угроза инфекции центральной нервной системы,
б) сложность аппаратуры,
в) угроза падения артериального давления,
г) угроза остановки дыхания,
д) возможность осложнения появления головных болей, парезов
и
т.д.
14. Абсолютные противопоказания
к спинномозговой анестезии:
а) тяжелый шок,
б) низкое артериальное давление,
в) поражение центральной нервной системы,
г) деформация позвоночника,
д) пожилой
и старческий возраст.
15. Показаниями
к местной анестезии являются:
а) безопасность,
б) безвредность,
в) полное обезболивание,
г) длительно затрачиваемое время на обезболивание,
д) простота методики.
16. Противопоказаниями
к местной анестезии являются:
а) отсутствие серьезных осложнений,
б) психические заболевания,
в) резкое нервное возбуждение,
г) категорический отказ от местной анестезии,
д) ранний детский возраст.
КРОВОТЕЧЕНИЕ
Подчеркните правильный ответ
1.
К методам временной остановки кровотечения относятся:
а) пальцевое прижатие сосуда
к кости,
б) перевязка сосуда

в ране,
в) наложение сосудистого шва
г) перевязка сосуда на протяжении,
д) закручивание сосуда
в ране.
2. Кто первым предложил накладывать лигатуру на кровоточащий сосуд?
а) Гиппократ,
б) Цельс.
в) Амбруз Паре,
г) Пирогов,
д) Каррель.
3. Кто из хирургов первым отказался от применения кипящего масла для заживления раны
и с целью остановки кровотечения
и вновь предложил для перевязки крупных сосудов лигатуру?
а) Коломнин,
б) Пейрони,
в) Амбрауз
–Паре,
г) Жан-Луи Пти, д) Буш.
4. Что лучше переливать больному гемофилией при непрекращающемся кровотечении?
а) полиглюкин,
б) желатиноль,
в) свежецитратую кровь,
г) консервированную кровь,
д) произвести прямое переливание крови.
46 47
5. При ножевом ранении живота с повреждением срединной
артерии ободочной кишки имеется картина нарастающего острого малокровия и увеличивающегося гемоперитонеума. Какое из
перечисленных мероприятий следует применять для остановки кровотечения?
а) давящая повязка на рану,
б) гемостатическая трубка
в рану,
в) экстренная операция – лапаротомия
и перевязка кровоточащего сосуда,
г) внутримышечное переливание лошадиной сыворотки,
д) внутриартериальное переливание крови.
6. Каким из перечисленных способов вы воспользуетесь для
остановки паренхиматозного кровотечения?
а) тампонадой раны,
б) давящей повязкой,

в) наложением сосудистого шва,
г) лигированием кровоточащего сосуда,
д) закручиванием сосуда.
7. Доза крови, переливаемой с гемостатистической целью,
в мл.:
а) 50,
б) 200,
в) 400,
г) 500,
д) 1000.
8. Какая среда является лучшей для переливания больному
с острой кровопотерей?
а) эритроцитарная масса,
б) цельная кровь,
в) плазма,
г) сыворотка,
д) полиглюкин.
9. Для обильной кровопотери характерны следующие симптомы:
а) гиперемия кожных покровов,
б) частый пульс слабого наполнения
и напряжения,
в) повышение артериального давления,
г) отсутствие головокружения
и обмороков,
д) увеличение количества гемоглобина.
10. При осколочном ранении правого бедра раненому наложена на рану давящая повязка. Через тридцать минут во время
транспортировки повязка на бедре сбилась, из раны появилось
обильное кровотечение алой кровью. Как следует именовать такое кровотечение?
а) наружное первичное артериальное,
б) наружное раннее вторичное артериальное,
в) наружное позднее вторичное артериальное,
г) наружное раннее вторичное венозное,
д) наружное позднее вторичное венозное.
11. Обширную рану ягодичной области с участками некроза жировой клетчатки лечат тампонами с мазью Вишневского.
Во время перевязки при извлечении тампона из раны появилось
обильное выделение темной крови, которая вытекала непрерывной струей. По классификации кровотечений каким его следует именовать?
а) наружным первичным артериальным,
б) наружным ранним вторичным артериальным,
в) наружным поздним вторичным артериальным,

г) наружным ранним вторичным венозным,
д) наружным ранним вторичным венозным.
12. При проникающем ножевом ранении грудной клетки
с повреждением межреберной артерии имеется картина нарастающего малокровия
и увеличивающегося пневмоторакса. Какое
из перечисленных мероприятий следует применить для остановки кровотечения?
а) тампонада раны,
б) пальцевое прижатие сосудов,
в) экстренная операция – торакотомия
и перевязка кровоточащего сосуда,
г) внутриартериальное переливание крови,
д) внутривенное переливание крови.
48 49
13.
С целью остановки кровотечения разрешается жгут накладывать не более чем на:
а) 30 минут,
б) 45 минут,
в) 1 час,
г) 1,5 часа,
д) 2 часа.
14. Небольшой поверхностный экстравазат, имеющий неравномерное распространение, называют:
а) гемморатическим инфильтратом,
б) суггиляцией,
в) гематомой,
г) экхимозом,
д) петехией.
15.
К биологическим методам остановки кровотечения относятся:
а) введение витамина «
К»,
б) орошение тканей перекисью водорода.
в) внутривенное введение 10 мл 40 % раствора хлористого кальция,
г) внутривенное введение 40 % раствора глюкозы,
д) подкожное введение 1 % раствора морфия.
16.
К методам окончательной остановки кровотечения относятся:
а) наложение давящей повязки,
б) наложение жгута,
в) пальцевое прижатие сосуда,

г) электрокоагуляция,
д) максимальное сгибание конечностей
в суставе.
17. Какой из перечисленных способов наилучший для остановки кровотечения?
а) переливание цельной крови,
б) переливание эритроцитарной массы,
в) переливание раствора полиглюкина,
г) переливание раствора глюкозы,
д) переливание лейкоцитарной массы.
18. Объем
и длительность кровотечения зависит от (найти
неправильный ответ):
а) характера поврежденного сосуда,
б) количества поврежденных сосудов,
в) количества поврежденных органов,
г) состояния свертывающей системы крови,
д) количества нервных элементов
в зоне повреждения.
19. Причиной вторичных артериальных кровотечений может
быть (найти неправильный ответ):
а) недостаточная остановка кровотечения во время операции,
б) гнойное расплавление тромба,
в) общее повышение свертываемости крови,
г) отрыв тромба
в результате вторичной травмы,
д) соскальзывание лигатуры.
20. Больному с поврежденной артерией наложен жгут
и через
10 часов он доставлен
в хирургическое отделение. Ваша тактика:
а) произвести первичную хирургическую обработку раны,
б) снять жгут
и произвести восстановление сосуда,
в) наложить асептическую повязку,
г) ввести противогангренозную сыворотку,
д) не снимать жгут
и провести ампутацию.
21.
К биологическим методам остановки кровотечения относятся:
а) введение викасола,
б) орошение раны раствором перекиси водорода,
в) внутривенное вливание NaCl 10 % 10 мл,

г) внутривенное вливание 10 % 10 мл CaCl,
д) внутримышечное введение 1,0 мл адреналина.
22. Какое мероприятие проводят при гемоперитонеуме от ножевого ранения?
а) наложить жгут-закрутку,
б) тампонаду раны,
в) наложить давящую повязку на рану,
г) лапаротомия, перевязка кровоточащего сосуда,
д) внутриартериальное переливание свежецитратной крови.
50 51
23. Паренхиматозное кровотечение (найти неправильный ответ):
а) при повреждении паренхиматозных органов,
б) кровотечение из почки,
в) сосуды не спадают,
г) кровотечение из селезенки,
д) кровотечение по всей поверхности печени.
24. Кровотечение из плевральной полости по дренажам.
Ваши действия:
а) экстренная торактомия,
б) наложение фибринолиза,
в) переливание крови,
г) динамическое наблюдение,
д) торакоскопия.
25. Маточное кровотечение, методы остановки:
а) тампонада матки,
б) перевязка маточной трубы,
в) перевязка маточной артерии,
г) обработка полости матки йодом 2,5 %,
д) промывание матки стерильным физиологическим раствором.
26. При транспортировке больного с кровотечением из бедренной артерии на расстояние более пяти часов необходимо:
а) наложить жгут Эсмарха,
б) наложить жгут-закрутку,
в) наложить зажим,
г) наложить временный шунт,
д) пальцевое прижатие сосуда.
27. Для острой анемии характерно:
а) увеличение гемоглобина,
б) увеличение гематокрина,
в) повышение артериального давления,
г) гиперемия кожных покровов,
д) частый пульс
и дыхание.
28. Что такое абсолютная гиповолемия?

а) потеря белков,
б) потеря плазмы,
в) потеря жидкости,
г) потеря крови,
д) потеря лимфы.
29. Легочное кровотечение
и оказание первой помощи (найти
неправильный ответ):
а) сидячее положение больного,
б) глотание кусочков льда
и питье холодной воды,
в) бронхография,
г) установка
в бронхи окклютера,
д) введение или peros химических веществ для свертывания крови суживание сосуда.
30. Окончательный метод остановки кровотечения:
а) наложение давящей повязки,
б) наложение жгута,
в) перевязка сосуда,
г) прижатие сосуда,
д) наложение жгута-закрутки.
31. Дайте наиболее полный ответ: кровотечение – это излияние крови:
а) во внешнюю среду,
б) в полости организма,
в) в ткани организма,
г) в ткани, полости организма или во внешнюю среду,
д) во внешнюю среду
и полости организма.
32. Дайте наиболее полный правильный ответ: причинами
кровотечения являются
…
а) механическое повреждение сосудистой стенки
в результате
травмы,
б) викарное кровотечение проницаемости сосудистой стенки
и
химизма крови,
в) аррозивное патологическое кровотечение,
г) все ответы правильные.
52 53
33. Какая классификация наиболее полно отражает различные проявления кровотечения?

а) анатомическая, по причине возникновения, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления, количество кровопотери,
б) анатомическая, физиологическая, с учетом времени появления, по причине появления,
в) по причине появления, анатомическая, физиологическая, по клиническим проявлениям, с учетом времени появления,
г) анатомическая, физиологическая, клиническая, с учетом времени появления,
д) этиологическая, анатомическая, физиологическая, клиническая.
34. Какие кровотечения различают по анатомической классификации?
а) первичные, вторичные,
б) скрытые, внутренние, скрытые наружные,
в) артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные,
г) ранние, поздние,
д) наружные, внутренние.
35. Какие кровотечения различают по клиническим проявлениям и по отношению к внешней среде?
а) асептические, аррозивные,
б) артериальные, венозные, капиллярные,
в) ранние, поздние,
г) наружные, внутренние, скрытые,
д) первичные, вторичные.
36. Какие кровотечения различают по времени появления?
а) первичные, вторичные ранние, вторичные поздние,
б) длительные, недлительные,
в) профузные, интенсивные, неинтенсивные,
г) острые, хронические, рецидивирующие,
д) остановившиеся, продолжающиеся.
37. Что такое гематома?
а) ограниченное скопление крови в тканях,
б) кровоизлияние в паренхиматозные органы,
в) скопление крови в полости сустава,
г) пропитывание кровью мягких тканей,
д) скопление крови в плевральной или брюшной полости.
38. На какие группы делятся симптомы кровотечения?
а) местные, общие,
б) явные, скрытые,
в) наружные, внутренние,

г) первичные, вторичные,
д) единичные, множественные.
39. Дайте наиболее полный ответ: опасность кровотечения заключается
в развитии
…
а) шока, коллапса, анемии, гиповолемии, сдавлении жизненно важных органов,
б) шока, коллапса, истинной аневризмы,
в) шока, анемии, лейкопении,
г) коллапса, нарушения функции органа, асфиксии,
д) анемии, лейкоцитоза, ацидоза.
40. Истинная аневризма – это:
а) патологическое выпячивание с разрывом стенки сердца или сосуда,
б) разрыв сосудистой стенки с образованием гематомы,
в) расслоение стенки артерии,
г) расположение артерии внутри гематомы,
д) расширение вены.
41. На какие основные группы делятся все способы остановки кровотечений?
а) временные, окончательные,
б) физические, химические,
в) механические, биологические,
г) надежные, ненадежные,
д) доврачебные, врачебные.
54 55
42. Временный гемостаз осуществляется:
а) легированием сосуда
в ране,
б) наложением сосудистого шва,
в) протезированием сосуда,
г) давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием,
д) диатермокоагуляцией.
43.
В каком ответе наиболее полно перечислены способы окончательной остановки кровотечения?
а) механический, биологический, этиологический,
б) физический, химический, биологический, смешанный,
в) механический, физический, химический, биологический,
г) механический, физический, патогенетический,
д) химический, термический, смешанный.
44. Сосудистый шов
в целях гемостаза накладывается при повреждении:

а) капилляров,
б) артериол,
в) венул,
г) любых сосудов,
д) магистральных сосудов.
45. Укажите метод окончательного гемостаза при ранении аорты:
а) перевязка сосуда
в ране,
б) сосудистый шов или протезирование,
в) наложение кровоостанавливающего зажима,
г) тампонада раны,
д) перевязка сосуда на протяжении.
46. Назовите общие симптомы кровопотери:
а) падение АД,
б) тахикардия,
в) бледность кожных покровов,
г) уменьшение показателей гематокрита,
д) уменьшение содержания гемоглобина,
е) потеря сознания,
ж) перитонеальная симптоматика при гемоперитонеуме,
з) слабость,
и) все ответы правильные.
47. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся
к скрытым?
а) кровотечение из гастродуоденальных
и кишечных язв,
б) маточные кровотечения,
в) почечные кровотечения,
г) гематома мягких тканей,
д) вторичные ранние кровотечения из ушитых послеоперационных ран.
48. Максимальная длительность наложения жгута составляет:
а) 30 минут,
б) 60 минут,
в) 120 минут,
г) 180 минут,
д) 200 минут.
49. Укажите нижнюю границу дефицита глобулярного объема при кровопотере тяжелой степени:
а) более 10 %,
б) более 20 %,
в) более 30 %,
г) более 50 %.
50. Шоковый индекс Аллговера есть отношение:

а) частоты пульса
и систолического АД,
б) диастолического АД
и частоты пульса,
в) частоты пульса
и дыхания.
51. Величина шокового индекса Аллговера при удовлетворительном состоянии больного:
а) 0,5,
б) 1,
в) 1,5,
г) 2.
52. Более адаптирован
к кровопотере организм:
а) мужчин,
б) женщин,
в) детей,
г) пожилых.
53. Небольшие точечные кровоизлияния
в кожу называются:
а) петехией,
б) гематомой,
в) экхимозом.
56 57
54. Ограниченное кровоизлияние под кожу или слизистую называются:
а) гематомой,
б) петехией,
в) экхимозом,
г) кровоподтеком.
55. Кровотечение из носа определяется специальным термином:
а) эпистаксис,
б) экхимоз,
в) гематемезис.
56. Мелена – это:
а) дегтеобразный стул,
б) стул с прожилками крови,
в) стул с большими сгусткам крови.
57. Воздушная эмболия чаще всего является осложнением повреждения:
а) артерий,
б) вен,
в) мышц,
г) сухожилий.
58. Жировая эмболия при переломах чаще всего обусловлена

сопутствующим повреждением:
а) артерий,
б) трубчатых костей.
59. Диапедезные кровотечения характерны для:
а) механических повреждений,
б) язвы желудка,
в) лучевой болезни, нарушения свертываемости крови.
60. Причиной вторичных ранних кровотечений является:
а) выброс тромба из кровеносного ссуда
и соскальзывание лигатуры,
б) аррозия сосуда.
61. Причиной вторичных поздних кровотечений является:
а) выброс тромба из кровеносного ссуда
и соскальзывание лигатуры,
б) аррозия сосуда.
62. Сроки вторичных поздних кровотечений:
а) 1–3 суток,
б) 3–5 суток,
в) 5–6 суток,
г) позже семи суток.
63. Для временной остановки капиллярного кровотечения используют:
а) жгут,
б) давящую повязку.
64. Жгут Эрсмаха накладывают при:
а) разрыве варикозного капиллярного узла на голени,
б) повреждении артерии конечности.
65. Остановить кровотечение из поврежденного варикозного
венозного узла на голени можно:
а) при помощи жгута,
б) давящей повязкой.
66. Перевязка сосудов на протяжении производится при:
а) вторичных поздних кровотечениях (аррозии сосудов),
б) вторичном раннем кровотечении.
67. Показанием
к сосудистому шву является:
а) ранение большой подкожной вены бедра,
б) ранение артерии,
в) паренхиматозное кровотечение.
68.
К методам физической остановки кровотечения относятся:
а) электрокоагуляция, горячий раствор с тампоном,
б) перевязка сосуда лигатурой,
в) тампонада сальником.

69. Какой из перечисленных препаратов обладает сосудосуживающим эффектом:
а) витамин
С,
б) адроксон,
в) адреналин,
г) дицион.
70.
К методам биологической остановки кровотечения относятся:
а) 10 % хлористый кальций,
б) адроксин,
в) дицион,
г) тампонада мышц сальником,
д) 10 % NaCl.
58 59
71. Тромбин
в качестве средства для остановки кровотечения используется:
а) местно тампоном,
б) внутривенно,
в) внутриартериально,
г) введением
в полость,
д) введением внутримышечно.
72. Викасол используется для остановки кровотечения:
а) как средство стимулирующей терапии,
б) как средство, укрепляющее стенку сосудов,
в) как средство, усиливающее тромбообразование,
г) для повышения Hb,
д) для повышения Ht.
73. Гепарин используется при ДВС-синдроме
в стадии 20–30
единиц на килограмм массы тела:
а) гиперкоагуляции
и агрегации тромбоцитов,
б) переходной стадии с нарастающей коагулопатией
и тромбоцитопенией,
в) глубокой гипокоагуляции.
74. Оккультное кровотечение протекает:
а) стремительно, с развитием острого малокровия,
б) медленно, с развитием хронической анемии при скрытом кровотечении.
75. При тампонаде сердца остановка кровообращения наступает:
а) в систоле,
б) в диастоле.

76. При гемоперитонеуме основная опасность связана с:
а) острой анемией, гиповолемией
и шоком,
б) сдавлением внутренних органов.
Подчеркните неправильный ответ
1.
К методам временной остановки кровотечения относятся:
а) наложение давящей повязки,
б) пальцевое прижатие кровоточащего сосуда,
в) максимальное сгибание конечности,
г) перевязка сосуда,
д) наложение на сосуд кровоостанавливающего зажима.
2.
К механическим методам окончательной остановки кровотечения относятся:
а) прижигание сосуда
в ране диатермией,
б) наложение давящей повязки,
в) наложение сосудистого шва,
г) обшивание сосуда вместе с тканями,
д) тампонада раны на срок не менее 48 часов.
3. Общими симптомами обильных внутренних кровотечений являются:
а) бледность,
б) головокружение,
в) редкий, напряженный пульс,
г) прогрессирующее падение кровяного давления,
д) снижение процента гемоглобина.
4.
К биологическим способам остановки кровотечения относятся:
а) тампонада раны сальником или мышцей,
б) внутривенное введение крови,
в) внутривенное введение свежей плазмы,
г) внутривенное введение хлористого кальция,
д) внутривенное введение сыворотки крови человека.
5. Жгут наложен по всем правилам, но длительность пребывания его на конечности больше нормы. В результате этого могут
возникнуть следующие осложнения:
а) парез
и паралич конечности,
б) гангрена конечности,

в) снижение сопротивляемости тканей к инфекции,
г) уменьшение регенеративных способностей тканей,
д) увеличение венозного кровотечения.

6. Механизмы самостоятельной компенсации кровообращения в организме при острой кровопотере:
а) спазм периферических сосудов,
б) учащение сердечной деятельности,
в) учащение дыхания,
г) увеличение объема циркулирующей крови за счет депонированной крови и тканевой жидкости,
д) повышение свертываемости крови.
7. Оказывая первую помощь при открытых переломах с кровотечением, необходимо:
а) наложить жгут,
б) произвести первичную хирургическую обработку рану и репозицию костных отломков,
в) наложить асептическую повязку,
г) произвести транспортную иммобилизацию,
д) произвести инъекцию обезболивающего средства.
8. В механизм самопроизвольной остановки кровотечения включаются следующие элементы:
а) спазм раненного сосуда с уменьшением его диаметра,
б) понижение артериального давления,
в) повышение артериального давления,
г) развитие реакции свертывания крови с образованием сгустка,
д) образование тромба, зарывающего просвет сосуда.
9. Объем и длительность кровотечения зависит от:
а) характера поврежденного сосуда,
б) количества поврежденных сосудов,
в) количества поврежденных органов,
г) состояния свертывающей крови,
д) количества нервных элементов в зоне повреждения.
10. Причиной вторичных артериальных кровотечений может быть:
а) недостаточная остановка кровотечения во время операции,
б) гнойное расплавление тромба,
в) общее повышение свертываемости крови,
г) отрыв тромба в результате вторичной травмы,
д) соскальзывание лигатуры.
11. Как можно произвести окончательную остановку внутреннего кровотечения:
а) ушивание или перевязка сосудов,
б) протезирование или шунтирование сосудов,
в) тампонада биологической тканью,
г) ушивание селезенки,
д) при необходимости удаление органа: селезенки, почки или легкого.

12. Исход и опасность кровотечениязависят от:
а) силы кровотечения,
б) характера поврежденного сосуда,
в) места локализации излившейся крови (мозге, перикад, средостении и т.д.), т.е. сдавливание или нарушение функции жизненно важных органов,
г) характера поврежденного органа,
д) количества выпитой жидкости.
13. Отличие артериального кровотечения от других кровотечений:
а) кровь течет с проксимального конца сосуда,
б) сосуд хрящевидной консистенции,
в) алого цвета,
г) сосуд не спадает,
д) пульсирующий.
62 63
14. Отличие венозного кровотечения от других (артериального):
а) струйное течение крови,
б) темного цвета,
в) вытекают из дистального конца поврежденного сосуда,
г) сосуд спадает,
д) сосуд упругий.
15. Оценка гемодинамики:
а) характеристика АД
и пульса,
б) характеристика ЦВД,
в) капилляроскопия,
г) ЭКГ,
д) торакоскопия.
16. Для тромбообразования необходимы следующие условия:
а) замедление кровотока,
б) повреждение или изменение внутренней стенки сосуда,
в) повышение свертываемости крови,
г) сгущение крови,
д) разжижение крови.
17. От чего зависит скорость кровопотери?
а) от воспалительного процесса,
б) калибра сосуда,
в) размера раны на сосуде,
г) характера сосуда (артерия или вена),
д) размера сосуда.
18. Причины кровотечения – механические:
а) разрыв сосуда ножевым ранением,
б) туберкулез,
в) осколком,

г) пулей,
д) гвоздем.
19. Окончательные методы остановки кровотечения:
а) бактериологический метод,
б) физический метод,
в) химический метод,
г) биологический метод,
д) механический метод.
20. Определение кровотечения:
а) выход крови из кровеносного русла,
б) повреждение сосуда,
в) в полость,
г) в ткани,
д) в ладонь.
21. Назовите возможные виды осложнения кровотечения:
а) похудание,
б) пульс слабого наполнения,
в) низкое артериальное давление,
г) уменьшение спинномозговой жидкости,
д) уменьшение количества эритроцитов гемоглобина, гемокрита.
22. Включение компенсаторных факторов при кровотечении:
а) полиурия,
б) олигоурия,
в) переход крови
в сосуды внутренних органов (централизация
крови),
г) обморок,
д) падение артериального давления.
23. Что такое внутреннее кровотечение:
а) кровотечение
в брюшную полость,
б) кровотечение
в плевральную полость,
в) кровотечение
в полость сустава,
г) кровотечение
в полость черепа,
д) кровотечение из ЖКТ, которое выявляется по реакции Грегерсона
и микроскопически.
64 65
24. Каковы способы окончательной остановки наружного кровотечения?
а) перевязка сосуда
в ране

и на протяжении,
б) наложение сосудистого шва на раненый сосуд
и наложение
различного протеза,
в) шунтирование,
г) пальцевое прижатие кровоточащего сосуда,
д) наложение давящей повязки
и тампонада раны.
25. Биологический метод остановки кровотечения:
а) хлористого кальция 10 % 10,0 мл внутривенно,
б) применение антигемофильной плазмы, гемостатической губки желатиноля медицинской,
в) тромбин, тромбоцитная масса, фибриноген,
г) применение биологических препаратов как сыворотки,
д) тампонада сальником, мышцей.
26. Показатели адекватности инфузионной терапии:
а) АД,
б) пульс,
в) определение общего анализа крови,
г) ЦВД,
д) почасовой анурез.
27. Физический метод остановки кровотечения:
а) применение холода или горячего раствора
и воды,
б) 96˚ спирта,
в) электрокоагуляция,
г) лазерного луча,
д) раскаленного металла.
28.
У больного пищеводное кровотечение. Окажите помощь.
Каковы методики остановки кровотечения?
а) холодное питье,
б) глотать лед,
в) установить зонд Блекмора,
г) эзофагоскопия
и коагуляция кровоточащей вены,
д) эзофагоскопия
и склерозирование варикозных вен.
29. Анурия после операции:
а) гиповолемия,
б) гипотония во время операции,
в) аденома предстательной железы,
г) гемотрансфузионный шок,

д) нефрэктомия, при афункциональной оставшейся почке.
30. Временные механические методы остановки кровотечения:
а) наложение жгута Эсмарха,
б) наложение зажима Адемеора,
в) тампонада полости,
г) электрокоагуляция сосуда,
д) наложение временного шунта.
31. Назовите возможные причины кровотечения:
а) механический (разрыв стенки сосудов),
б) кровотечение при столбняке,
в) нейротрофические нарушения свертывающей системы крови,
г) цирроз печени – пищеводное кровотечение,
д) патологическое (аррозивное) разъедание стенок сосудов.
32. Химический метод остановки кровотечения:
а) сосудосуживающие
и повышающие свертывание крови: адреналин, норадреналин, мезатон, эфедрин,
б) андраксон,
в) кордиамин,
г) кальций хлористый
и глюконат, криопреципиат, протамин,
сульфат, рутин,
д) амикокапроновая кислота.
33. Клиника кровотечения:
а) уменьшение рвоты,
б) частота пульса
и дыхания,
в) снижение артериального давления, гемоглобина, гематокрита
ОЦК, ЦВД, уменьшение диуреза, эритроцита, олигурия, анурия
и
т.д.,
г) коллапс, геморрагический шок, потемнение
в глазах, шум
в
ушах,
д) бледность, слабость, головокружение.
66 67
34. Механический метод остановки кровотечения:
а) наложение давящей повязки,
б) применение холода,
в) закручивание сосуда,
г) наложение зажима на сосуд более суток,
д) тампонада ран.

35. Временные методы остановки кровотечения:
а) давящая повязка,
б) приподнятое положение конечности,
в) максимальное сгибание конечности,
г) пальцевое прижатие сосуда,
д) перевязка сосуда.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

Подчеркните правильный вариант

1. Кто
в России произвел первое успешное переливание крови человеку?
а) Шамов,
б) Бергман,
в) Юдин,
г) Вольф,
д) Пирогов.
2. Кому принадлежит приоритет открытия групп крови?
а) Мосс,
б) Ландштейнер, в) Янский,
г) Шамов,
д) Филомафитский.
3. Впервые человеку трупную кровь перелил:
а) С.С. Юдин,
б) В.Н. Шамов,
в) А.В. Вишневский,
г) В.М. Мыш,
д) Т.П. Краснобаев.
4. Можно ли нескольким больным переливать кровь из одной ампулы?
а) можно, если точно проверить совместимость, индивидуальную
и групповую,
б) можно, но
в каждом случае необходимо проверить совместимость по резус-фактору,
в) необходимо предварительно перелить больным по 10 мл 5 %
раствора хлористого кальция,
г) можно, предварительно подготовив больных вливанием 0,5 %
раствора новокаина,
д) переливать нельзя.
5. Что лучше переливать больному, у которого содержание
в крови гемоглобина ниже 30 %?
а) нативную плазму,
б) сухую плазму,
в) консервированную кровь,
г) эритроцитарную плазму,
д) тромболейкоплазму.

6. Какое максимальное время (
в днях) остается пригодной
для переливания кровь, консервированная на 6 % растворе лимоннокислого натрия?
а) 5,
б) 10,
в) 14,
г) 21,
д) 30.
7.
У пострадавшего
в результате острой кровопотери
и тяжелого шока возникло состояние агонии. Каким методом Вы будете переливать ему кровь?
а) внутривенно капельно,
б) внутривенно струйно,
в) внутрикостно,
г) внутриартериально капельно,
д) внутриартериально струйно.
8. Какие элементы крови содержат резус-фактор?
а) плазма,
б) сыворотка,
в) лейкоциты,
г) тромбоциты, д) эритроциты.
9.
В каком проценте случаев наблюдается резус-положительная принадлежность крови?
а) 15 %,
б) 45 %,
в) 65 %,
г) 85 %,
д) 95 %.
68 69
10. Какие компоненты крови содержат агглютинины?
а) сыворотка,
б) лейкоциты,
в) эритроциты,
г) тромбоциты, д) моноциты.
11. Для определения группы крови стандартная сыворотка
крови пригодна, если ее титр равен:
а) 1:2,
б) 1:4,
в) 1:8,

г) 1:12,
д) 1:32.
12. Оптимальная температура (
в градусах Цельсия) хранения
консервированной крови:
а) 0–1,
б) 2–5,
в) 8–12,
г) 18,
д) 22.
13.
В крови первой группы содержатся следующие агглютинины
и агглютиногены:
а) А (
в),
б) В (а),
в) О (ав),
г) АВ (
О),
д) О (а).
14. Под каким давлением (
в мм рт. ст.) производят внутриартериальное переливание крови?
а) 50,
б) 100,
в) 200,
г) 300,
д) 500.
15. Какую кровь нужно переливать больным сенсибилизированным резус-фактором?
а) консервированную кровь со сроком хранения не более 4-
х дней,
б) кровь, охлажденную до + 4˚,
в) свежецитратную кровь,
г) резус-отрицательную кровь,
д) резус-положительную кровь.
16. Прямым переливанием крови называется такое переливание, когда переливают:
а) цельную кровь непосредственно от донора реципиенту,
б) свежецитратную кровь,
в) консервированную,
г) плацентарную,
д) трупную кровь.

17. Чем объяснить резко выраженную температурную реакцию после переливания крови при точно установленной совместимости крови донора и реципиента?
а) индивидуальными особенностями больного,
б) высокой температурой перелитой крови,
в) действием лимоннокислого натрия,
г) реакцией со стороны центральной нервной системы,
д) плохо промытой системой,
18. Что такое изогемагглютинация?
а) зависимость между групповой принадлежностью крови
и сопротивляемостью организма
к различным инфекциям,
б) постоянное
и неизменное
в течение всей жизни человека содержание
в крови агглютининов
и агглютиногенов,
в) реакция между сывороткой
и эритроцитами одного
и того же
вида животных, приводящая
к склеиванию эритроцитов,
г) колебание титра агглютининов
в связи
в связи с заболеваниями,
д) правило, согласно которому агглютинируются эритроциты переливаемой крови, а не крови больного.
19. Панагглютинацией называется:
а) склеивание эритроцитов
в «монетные столбики»,
б) склеивание эритроцитов от встречи одноименных агглютининов агглютиногенов,
в) холодная агглютинация,
г) склеивание эритроцитов резус-антителами,
д) склеивание эритроцитов стандартными сыворотками пониженного титра.
20. Будьте особенно внимательны
и подчеркните правильный
ответ
а) если наступила агглютинация со стандартными сыворотками
1–2–3 группы – это I (
О) группа крови,
б) если наступила агглютинация с сыворотками 3
и 2 группы –

это III (
В) группа крови,
в) если агглютинация наступила с сыворотками 1
и 2 группы –
это II (
А) группа крови,
70 71
г) если агглютинации нет с сыворотками 1,2
и 3 группы – это IV
(АВ) группа крови,
д) если агглютинация наступила с сыворотками 1
и 3 группы –
это II (
А) группа крови.
21. Что такое группа крови?
а) набор лейкоцитарных антигенов,
б) сывороточные белки,
в) набор эритроцитарных антигенов
и s-антител,
г) набор приобретенных антител,
д) набор иммунных антител.
22. Каково значение антигенов
и антител системы АВО
в гемотрансфузионной практике?
а) характеризуют состояние организма,
б) определяют совместимость переливаемой крови,
в) не имеют принципиального значения,
г) позволяют определить необходимый объем гемотрансфузии,
д) верно все вышеперечисленное.
23. Как называется реакция антиген-антитело при определении резус-фактора крови?
а) псевдоагглютинация,
б) панагглютинация,
в) изоагглютинация,
г) гетероагглютинация,
д) монетный столбик.
24. За сколько дней, после сдачи крови, восстанавливается
в организме кровь?
а) за 30–35,
б) за 20–25,
в) за 40–45,
г) за 50–55,
д) за 60–65.

25. Новый метод определения группы крови:
а) при помощи цоликлонов анти-А
и анти-В,
б) при помощи стандартных сывороток,
в) при помощи стандартных эритроцитов,
г) при помощи физиологического раствора,
д) при помощи коктейльной сыворотки.
26. Причины воздушной эмболии:
а) удаление папилломы,
б) тиреоидэктомии при раке щитовидной железы,
в) вскрытие фурункула задней поверхности шеи,
г) вправление вывиха бедра по Джанелидзе,
д) перидуральная анестезия.
27. Для переливания крови может быть использована:
а) донорская кровь,
б) пуповично-плацентарная кровь,
в) гемолизированная свежецитратная кровь,
г) аутокровь, взятая из полостей человека при внутренних кровотечениях,
д) трупная кровь.
28. Показания для внутриартериального переливания крови:
а) тяжелый шок,
б) предагональное состояние
в результате острой кровопотери,
в) клиническая смерть,
г) состояние агонии,
д) предоперационная подготовка
к трудным операциям.
29. По последним данным можно перелить кровь:
а) только одногруппную,
б) вторую
в третью группу,
в) четвертую группу
в 1–2–3 группу,
г) резус-положительную
в резус-отрицательную,
д) по правилу Оттонберга.
30. Показания
к переливанию крови определяются необходимостью:
а) ликвидация аллергического состояния,
б) уменьшение интоксикации,
в) повышение свертываемости крови при кровотечениях,
г) активизация защитных сил организма,
д) замещение потерянной крови.

72 73
31. Коррекция нарушений водно-солевого обмена:
а) дефицит воды,
б) избыток воды,
в) дефицит электролитов,
г) дефицит лимфоцитов,
д) дефицит белков.
32. Какая аутокровь, собираемая в первые часы после начала заболевания при указанных состояниях, годна для реинфузии?
а) внематочная беременность,
б) разрыв печени,
в) разрыв селезенки,
г) разрыв сердца,
д) разрыв аневризмы аорты.
33. Кровотечение, фибринолиз:
а) прямое переливание крови,
б) полиглюкин,
в) аминокапроновая кислота,
г) викасол,
д) хлористый кальций.
34. Как получают отмытые эритроциты?
а) из цельной крови после удаления плазмы эритроцитарной массы или замороженных эритроцитов путем их отмывания в изотоническом растворе,
б) из плазмы,
в) из сыворотки,
г) из консервированной крови,
д) из трупной крови животного.
35. Как получить эритроцитарную массу?
а) из консервированной крови путем отделения плазмы,
б) из сыворотки путем центрифугирования,
в) из цельной крови путем плазмофореза,
г) из плазмы добавлением цельной крови,
д) из аутокрови.
36. Что такое свежецитратная кровь?
а) кровь с 6 % раствором цитрата натрия для переливания в ближайшие часы после заготовки,
б) кровь с консервирующим препаратом,
в) цельная кровь,
г) консервированная кровь.
37. Что представляет собой цельная кровь?
а) кровь, непосредственно переливаемая от донора реципиенту путем прямого переливания,

б) кровь, переливаемая реципиенту через семь дней после заготовки,
в) кровь, содержащая 6 % раствор цитрата натрия,
г) кровь, содержащая консерванты,
д) кровь, содержащая консерванты и 6 % раствор цитрата натрия.
38. Какую кровь переливать больному с гемофилией при непрекращающемся кровотечении?
а) аминокапроновую кислоту,
б) консервированную кровь,
в) свежецитратную кровь,
г) переливать свежую кровь – прямое переливание,
д) полиглюкин.
39. Сколько крови за один раз можно взять у одного больного для реинфузии?
а) 400 мл, б) 300 мл, в) 350 мл,
г) 500 мл, д) 600 мл.
40. Какие компоненты крови вы знаете?
а) плазма, эритроцитарная, лейкоцитарная, тромбоцитарная массы, сыворотка,
б) протеин, альбумин,
в) электролиты,
г) гемодез, полиглюкин,
д) реополиглюкин, желатиноль.

41. На какие заболевания обследуют донора?
а) педикулез, чесотка,
б) пневмония,
в) язвенная болезнь желудка,
г) гельминты,
д) СПИД, австралийский антиген, малярия, сифилис.
42. Какой температурный режим (в градусах по Цельсию) необходим при определении группы крови по системе АВО?
а) 5–8, б) 12–14, в) 15–25,
г) 26–38, д) 46–48.
43. Во время определения группы крови по системе АВО может наблюдаться панагглютинация при:
а) добавлении изотонического раствора натрия хлорида,
б) несоблюдении температурного режима,
в) использовании сывороток с истекшим сроком годности,
г) гемолизе крови,
д) повышенном содержании ионов кальция в тестовых реактивах.
44. Причиной аутоагглютинации при определении группы крови может быть:
а) слабая агглютинабельность эритроцитов,
б) неправильное соотношение объемов сыворотки и крови,

в) несоблюдение температурных условий реакции,
г) повышенное содержание ионов кальция в тестовых реактивах,
д) сенсибилизация эритроцитов аутоантигенами.
45. Ошибки при определении группы крови наиболее часто связаны с:
а) нарушением температурного режима реакции,
б) неправильным соотношением тестовых реактивов и крови,
в) использованием тестовых реактивов с истекшим сроком годности,
г) нарушением техники безопасности и несоблюдением времени протекания реакции,
д) нарушением всего вышеперечисленного.
46. Забор крови для определения совместимости по системе АВО и резус-фактору производится из:
а) пальца на предметное стекло,
б) вены в меланжер,
в) пальца на предметное стекло с добавлением натрия цитрата,
г) вены в сухую пробирку,
д) вены в пробирку с изотоническим раствором натрия хлорида.
47. При переливании группа крови:
а) проверяется перед первой гемотрансфузией,
б) проверяется перед каждой гемотрансфузией,
в) не проверяется, достаточно данных в паспорте,
г) не проверяется, достаточно данных в истории болезни,
д) не проверяется, достаточно данных анамнеза.
48. При переливании крови больным, находящимся в состоянии наркоза:
а) пробы на совместимость проводятся в полном объеме,
б) не проводится биологическая проба,
в) проводится только биологическая проба,
г) определяется совместимость только по системе АВО,
д) определяется совместимость только по резус-фактору.
49. Гемотрансфузионный и акушерский анамнезы перед переливанием крови позволяют:
а) предотвратить возможные гемотрансфузионные осложнения,
б) экстренно подобрать донорскую кровь,
в) определить резус-принадлежность и группу крови больного,
г) выявить наследственные заболевания,
д) оформить историю болезни.
50. При подготовке больных к гемотрансфузии необходимо:
а) сделать общий анализ мочи,
б) сделать общий анализ крови,
в) собрать гемотрансфузионный анамнез,
г) собрать акушерский анамнез,
д) выполнить все вышеуказанное.

76 77
51. Укажите допустимые методы трансфузии:
а) внутривенные, внутриартериальные, внутрикостные,
б) подкожные, внутривенные, внутриартериальные,
в) внутривенные, перидуральные, энтеральные,
г) внутривенные, подкожные, эндолимфатические,
д) внутриартериальные, внутрикостные, эндотрахеальные.
52. Как поступают с флаконом, освободившимся после переливания крови и ее компонентов?
а) его моют
и сдают
в лабораторию,
б) выбрасывают,
в) оставляют 10–15 мл крови во флаконе
и хранят двое суток,
г) оставляют 10–15 мл крови во флаконе
и хранят 30 суток,
д) оставляют 10–15 мл крови во флаконе
и хранят до выписки
больного.
53. Какие реципиенты относятся
к категории опасных из-за
возможности возникновения гемотрансфузионных осложнений?
а) перенесшие переливание крови,
б) перенесшие инфекционное заболевание,
в) страдающие злокачественными заболеваниями,
г) страдающие заболеваниями крови,
д) такой категории реципиентов нет.
54. Какие особенности имеет кровь новорожденных?
а) слабо выражены агглютинины,
б) слабо выражены агглютиногены, отсутствуют агглютинины,
в) слабо выражены агглютинины
и агглютиногены,
г) особенностей нет,
д) резко снижена резистентность эритроцитов.
55. Для предупреждения ошибки при определении группы
крови
у новорожденных необходимо:
а) увеличить время протекания реакции,
б) использовать реактивы с высоким титром изогемо-аггглютиногенов,
в) выполнять реакцию при температуре выше 25 ˚С,
г) отказаться от использования 0,9 % раствора натрия хлорида,
д) учитывать все вышеприведенное.

56.
В исключительных случаях допустимо переливание крови 0/I/ группы реципиентам с кровью других групп, но количество переливаемо крови не должно быть более:
а) 100 мл,
б) 200 мл,
в) 300 мл,
г) 400 мл,
д) 500 мл.
57. При правильном наложении кровоостанавливающего
жгута на конечность:
1) венозное кровотечение продолжается некоторое время,
2) конечность становится бледной,
3) конечность становится синюшной,
4) пульс дистальнее жгута не определяется,
5) пульс дистальнее жгута определяется.
а) 1, 2, 3,
б) 2, 3, 4,
в) 1, 2, 4,
г) 2, 3, 5,
д) 1, 2, 5.
58. Какие из перечисленных видов кровотечений относятся
к наружным скрытым?
1) кровотечение из гастродуоденальных язв,
2) маточные кровотечения,
3) кровотечение при проникающих ранениях
в брюшную
и грудную полости,
4) почечные кровотечения,
5) гематома мягких тканей,
6) гемартрозы,
7) кишечные кровотечения,
8) вторичные ранние кровотечения.
а) 1, 2, 7, 8,
б) 1, 2, 4, 7,
в) 2, 3, 6, 7,
г) 3, 6, 7, 8,
д) 2, 5, 6, 8.
59.
К методам временной остановки кровотечений относятся:
1) наложение давящей повязки,
2) наложение жгута,
3) введение

в рану гемостатической трубки,
4) тампонада раны марлевыми тампонами,
5) тампонада раны мышечной тканью,
78 79
6) электрокоагуляция,
7) лигирование сосуда,
8) наложение кровоостанавливающего зажима,
9) прошивание сосуда.
а) 1, 2, 3,
б) 1,2,4, 8,
в) 2, 3, 4, 5,
г) 2, 7, 6, 8,
д) 1, 3, 6, 9.
60. Впервые резус-фактор был открыт
в 1940 году:
а) Фишером
и Рейсом,
б) Ландштейнерм
и Винером.
61. Агглютиногены
А
и
В относятся
к системе антигенов:
а) лейкоцитарных,
б) тромбоцитарных,
в) эритроцитарных,
г) сывороточных.
62. Агглютинины
А
и
В появляются
у людей:
а) на третьем месяце внутриутробного развития,
б) к моменту рождения, в) на первом году жизни.
63. Для определения групповой принадлежности необходимы сыворотки:
а) одной серии,
б) двух серий,
в) трех серий.
64. Перекрестный метод определения группы крови производится с помощью:
а) стандартных эритроцитов,
б) стандартных сывороток,
в) 33 % раствора полиглюкина,

г) стандартных сывороток
и эритроцитов.
65. Кровь группы 0(I) является не универсальной, а потенциально опасной из-за:
а) высокого титра агглютининов
α
и
β,
б) низкого титра агглютининов
α
и
β,
в) титр агглютининов не имеет значения.
66. Оценка реакции гемагглютинации производится через:
а) 3 минуты,
б) 5 минут,
в) 8 минут,
г) 10 минут.
67. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила со всеми сыворотками, то испытуемая
кровь принадлежит
к группе:
а) B (III),
б) A (II),
в) O (I),
г) AB (IV).
68. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первых трех групп, то испытуемая кровь принадлежит
к группе:
а) A (II),
б) B (III),
в) AB (IV),
г) O (I).
69. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первой
и третьей группы, то
испытуемая кровь принадлежит
к группе:
а) O (I),
б) A (II),
в) B (III),
г) AB (IV).

70. Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила с сыворотками первой
и второй группы, то
испытуемая кровь принадлежит
к группе:
а) О (I),
б) А (II),
в) В (III),
г) АВ (IV).
71. Непрямое переливание крови:
а) переливание консервированной крови из флакона,
б) трансфузия непосредственно от донора реципиенту.
72. Аутогемотрансфузия – это:
а) обратное переливание крови больному, излившейся
в различные полости,
б) переливание консервированной аутокрови, заблаговременно
заготовленной от больного,
в) трансфузия крови непосредственно от донора
к реципиенту.
80 81
73. Реинфузия – это:
а) переливание консервированной аутокрови, заблаговременно
заготовленной от больного,
б) обратное переливание крови больному, излившейся
в серозные полости.
74. Появление синдрома массивной гемотрансфузии:
а) острая почечная недостаточность,
б) метаболический ацидоз, гиперкалиемия,
в) повышение фибринолитической активности крови.
75. Основной целью обменного переливания крови является:
а) удаление вместе с кровью токсинов, продуктов распада
и гемолиза,
б) введение вместе с кровью недостающих факторов свертывающей системы крови.
76. При наличии абсолютных показаний
к гемотрансфузии противопоказания:
а) не учитываются,
б) острая сердечно-сосудистая недостаточность,
в) отек легкого,
г) почечная недостаточность.
77. Для предупреждения осложнений, вызванных цитратом
натрия
к консервированной крови, применяют:

а) 10 % хлористый натрий,
б) 10 % хлористый кальций,
в) 10 % хлористый калий.
78. Реинфузия крови производится:
а) при повреждении магистральных сосудов конечностей,
б) при кровотечении
в грудную или брюшную полость,
в) при кровотечении
в просвет желудочно-кишечного тракта.
79. Гемолиз при переливании несовместимой крови можно
определить с помощью:
а) правила Оттенберга,
б) реакции Кумбса,
в) пробы Бакстера.
80.
К препаратам крови относятся:
а) полиглюкин, б) протеин,
в) желатиноль,
г) липофундин.
81.
К препаратам гемодинамического действия относятся:
а) гемодез,
б) полиглюкин, в) лактосол.
82. Для профилактики вирусного гепатита используется:
а) гамма-глобулин,
б) антистафилококковая плазма,
в) нативная плазма.
83. Для парентерального питания применяется:
а) липофундин, б) гемодез,
в) реополиглюкин.
84.
К препаратам дезинтоксикационного действия относятся:
а) липофундин, б) полидез,
в) желатиноль.
85. При острой анемии целесообразно применять:
а) эритроцитарную массу,
б) тромбоцитарную массу,
в) лейкоцитарную массу,
г) нативную плазму.
86. При лучевой болезни следует применять:
а) эритроцитарную массу,
б) лейкоцитарную массу,
в) тромбоцитарную массу,

г) нативную плазму.
87. При переливании сухой плазмы необходимо учитывать:
а) группу крови,
б) группу крови
и резус-принадлежность,
в) нет необходимости установления групповой совместимости.
88. Срок годности нативной плазмы:
а) до трех суток,
б) до семи суток,
в) до десяти суток,
г) до 21 суток.
82 83
89. При ацидозах целесообразно введение:
а) физиологического раствора хлорида натрия,
б) трисамина,
в) 5 % раствора глюкозы,
г) раствора Рингера.
Подчеркните неправильный ответ
1. Перед проведением переливания крови необходимо:
а) проверить группу крови донора
и реципиента,
б) проверить индивидуальную совместимость,
в) определить резус-принадлежность донора
и реципиента,
г) произвести биологическую пробу,
д) определить объем циркулирующей крови
у донора.
2. При появлении симптомов посттрансфузионного шока необходимо произвести следующие срочные мероприятия:
а) прекратить переливание крови,
б) произвести околопочечную новокаиновую блокаду,
в) произвести операцию замещения крови,
г) определить цветной показатель крови,
д) проверить функцию почек.
3. Клиническое проявление гемотрансфузионного шока, следующее:
а) стеснение
в груди,
б) урежение пульса,
в) сильный озноб,
г) падение артериального давления,
д) чувство страха смерти.
4. Внутрикостное переливание крови производят
в:

а) гребешок подвздошной кости,
б) диафиз бедренной кости,
в) эпифиз большеберцовой кости,
г) грудину,
д) пяточную кость.
5. При кровопотере более двух литров больному, у которого
В (III) группа крови, можно переливать:
а) полиглюкин 2 литра,
б) консервированную кровь
О (I) группы 2 литра,
в) желатиноль,
г) БК-8,
д) другие кровозаменители.
6. При осмотре ампулы с консервированной кровью перед
переливанием необходимо:
а) убедиться
в полноценности упаковки ампулы,
б) проверить дату забора крови,
в) открыть пробку ампулы,
г) убедиться
в отсутствии гемолиза,
д) убедиться
в отсутствии инфицированности крови.
7. Кровь совместима
в групповом соотношении, если переливать:
а) I группу во вторую,
б) II группу
в третью,
в) III группу
в четвертую,
г) I группу
в третью,
д) II группу
в четвертую.
8.
К осложнениям при переливании крови относятся:
а) ошибки, допущенные при определении группы крови,
б) гемотрансфузионный шок,
в) воздушная эмболия,
г) острая сердечно-сосудистая недостаточность,
д) гематурия.
9. Кровь переливают с целью:
а) замещения количества потерянной крови,

б) стимуляции защитных сил больного,
в) с антисептической целью,
г) для остановки кровотечения,
д) с целью уменьшения интоксикации.
84 85
10. Показания для внутриартериального переливания крови:
а) тяжелый шок,
б) предагональное состояние в результате острой кровопотери,
в) клиническая смерть,
г) состояние агонии,
д) предоперационная подготовка к трудным операциям.
11. Аутокровь, собираемая в первые часы после начала заболевания при каких состояниях годна для реинфузии?
а) внематочная беременность,
б) разрыв печени,
в) разрыв селезенки,
г) разрыв сердца,
д) разрыв аневризмы аорты.
12. Для переливания крови может быть использована:
а) донорская кровь,
б) пуповино-плацентарная кровь – утильный,
в) гемолизированная свежецитратная кровь,
г) аутокровь, взятая из полостей человека при внутренних кровотечениях,
д) трупная кровь.
13. Показания к переливанию крови определяются необходимостью:
а) ликвидации аллергического состояния,
б) уменьшения интоксикации крови,
в) уменьшения свертываемости крови при кровотечениях,
г) активизации защитных сил организма,
д) замещения потерянной крови.
14. К осложнениям при переливании крови относятся:
а) ошибки, допущенные при определении групповой и индивидуальной принадлежности крови,
б) гемотрансфузионный шок и анафилаксия,
в) воздушная эмболия,
г) уменьшение дыхательной поверхности эритроцитов,
д) декомпенсация сердечной деятельности.
15. Какова длительность хранения крови, консервированной на глюкозоцитратном растворе?
а) до 11 дней, б) до 16 дней, в) до 21 дня,
г) до 25 дней, д) до 30 дней.
ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ (РАНЫ)
Подчеркните правильный ответ

1. С чего начинают первичную хирургическую обработку раны?
а) присыпка раны антибиотиками,
б) наложение глухого шва,
в) иссечение и рассечение раны,
г) обработка кожи,
д) обезболивание.
2. Кто из хирургов впервые высказал и применил идею первичной активной хирургической обработки ран?
а) Н.И. Пирогов, б) Ларрей, в) Фридрих,
г) А.А. Чаруковский, д) Н.Н. Петров.
3. Классифицируя раны по их отношению к полостям человека, различают следующие виды ран:
а) случайные,
б) преднамеренные,
в) непроникающие,
г) инфицированные,
д) асептические.
4. Каков объем первичной хирургической обработки случайной раны, если на дне ее расположен крупный сосудистый пучок?
а) первичную хирургическую обработку не производят, рану лечат консервативно,
б) по всем правилам иссекают края, стенки и дно, раны перевязывая и иссекая при этом сосуд. После обработки рану зашивают,
86 87
в) иссекают края
и стенки раны, не затрагивая сосудистый пучок,
удаляют инородные тела
и некротические ткани. Рану зашивают, вводя
в нее антибиотики,
г) рану лечат консервативно, а через несколько дней, когда рана
очистится, накладывают первичные швы,
д) рану рассекают
и дренируют без наложения швов.
5. Методы лечения гнойной раны
в фазе гидратации:
а) иссечение краев раны,
б) наложение первичного шва,
в) пересадка кожи,
г) внутривенное введение хлористого кальция,
д) повязка с гипертоническим раствором.
6. Первичным бактериальным загрязнением раны называется
попадание микробов
в рану:

а) в момент повреждения,
б) перенос
в рану с кожи при сползании повязки,
в) внесение их
в рану инструментами при первичной хирургической обработке,
г) в момент оказания первой помощи при наложении нестерильной повязки,
д) вместе с антибиотиками при внесении их
в рану.
7. Какую цель преследует применение
в послеоперационном
периоде груза, давящего на рану?
а) предупреждение кровотечения,
б) предупреждение расхождения краев раны,
в) уменьшение болей,
г) предупреждение развития инфекции,
д) предупреждение тромбоза
и эмболии.
8. Что из указанных средств
и методов не следует применять
при лечении гнойных ран
в фазе гидратации?
а) покой,
б) антибиотикотерапию,
в) промывание перекисью водорода,
г) мазевые повязки,
д) теплые марганцевые ванны.
9. Вторая фаза раневого процесса (дегидратация) характеризуется:
а) развитием гиперемии,
б) нарушением проницаемости сосудистой стенки,
в) развитием воспалительного отека,
г) лейкоцитарной инфильтрацией ткани,
д) развитием грануляционной ткани.
10. При лечении гнойных ран
в фазе гидратации применяются:
а) повязка с рыбьим жиром,
б) повязка с вазелиновым маслом,
в) повязка с гипертоническими растворами,
г) лечебно-физкультурные упражнения,
д) физико-терапевтические процедуры.
11. Профилактика эндогенной инфекции всецело связана с:
а) организацией
и режимом работы хирургического отделения,
б) организацией первой помощи,

в) соблюдением правил асептики при хирургических операциях,
г) предоперационным обследованием
и подготовкой больного
к операции,
д) нарушением правил асептики при лечении больных с открытыми повреждениями.
12. Задачами местного лечения при гнойных заболеваниях является:
а) активизация защитных сил организма,
б) борьба с гнойной интоксикацией,
в) назначение внутримышечно антибиотики,
г) создание постоянного оттока жидкости из гнойного очага во
внешнюю среду,
д) назначение сульфаниламидных препаратов.
13. Для лечения инфицированных
и гнойных ран применяются следующие ферменты:
а) пирогалол,
б) фурацилин,
в) диацид,
г) трипсин,
д) лизол.
88 89
14. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения при огнестрельном ранении?
а) давлением на ткани снаряда,
б) пульсацией клеток
в зоне раны,
в) волнообразными движениями стенок канала,
г) изменением осмотического давления,
д) массой снаряда.
15. Чем обусловливается степень зияния раны?
а) глубиной повреждения,
б) повреждением нервных стволов,
в) повреждением фасций,
г) повреждением мышц
и сухожилий,
д) направлением эластических волокон кожи.
16. Через какое время микробы
в ране обычно начинают проявлять свою активность?
а) 1–4 часа,
б) 6–8 часов,
в) 10–12 часов,
г) 14–18 часов, д) 24 часа.
17. Развитию инфекции

в ране способствуют многие факторы, кроме:
а) гематомы,
б) кровопотери, в) шока,
г) истощения,
д) отсутствия инородных тел.
18.
В развитых грануляциях различают шесть слоев. Какой из
них четвертый?
а) лейкоцитарно-некротический,
б) вертикальных сосудов,
в) созревающий,
г) горизонтальных фибробластов,
д) сосудистых петель.
19.
В огнестрельной ране различают все зоны повреждения, кроме:
а) зоны раневого канала,
б) зоны молекулярного сотрясения,
в) зоны кровоизлияния,
г) зоны первичного некроза,
д) зоны парабиоза.
20. Для осколочных ран характерно все, кроме:
а) сложности анатомических повреждений,
б) наличия инородных тел,
в) высокой степени инфицированности,
г) обязательного наличия входного
и выходного отверстий,
д) неровных повреждений кожи.
21.
В какой ране более вероятно развитие инфекции?
а) резанной,
б) укушенной,
в) рубленной,
г) расположенной на лице,
д) скальпированной.
22. Рану ушибленную от раны рубленной отличает все, кроме:
а) наличия кровоподтека по краю раны,
б) разной глубины повреждения,
в) наличия размозженных тканей,
г) нарушения целостности нервных стволов,
д) менее выраженного кровотечения.
23. Для ускорения заживления при лечении раны
в фазе дегидратации необходимы:
а) частые перевязки,

б) применение ферментов,
в) наложение мазевых повязок,
г) наложение повязок с гипертоническими растворами,
д) лечебная гимнастика.
24. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:
а) иссечение краев
и дна раны,
б) вскрытие карманов
и затеков,
в) удаление гнойного отделяемого,
г) иссечение краев, стенок
и дна раны,
д) промывание раны антисептиком, гемостаз.
90 91
25. Дном раны является кость. Как произвести первичную
хирургическую обработку раны?
а) иссечь надкостницу,
б) выскоблить острой ложечкой кость,
в) снять верхний слой надкостницы,
г) трепанировать кость,
д) иссечь только края
и стенки раны.
26. Имеется рана с ограниченным участком некроза края
кожи. Что необходимо сделать?
а) назначить УВЧ на рану,
б) наложить повязку с гипертоническим раствором,
в) наложить повязку с мазью Вишневского,
г) дренировать рану,
д) иссечь омертвевший участок кожи.
27. Укажите основное показание
к наложению первично-отсроченного шва:
а) шок,
б) большая кровопотеря,
в) невозможность стянуть края раны после хирургической обработки,
г) возможность развития инфекции,
д) ранение нерва.
28. Первично-отсроченный шов накладывают на рану
в сроки:
а) 3–4-
й день,
б) 5–6-
й день,
в) 8–15-

й день,
г) сразу после первичной хирургической обработки,
д) 20–30-
й день.
29. Чем отличается поздняя первичная хирургическая обработка раны от вторичной хирургической обработки?
а) техникой операции,
б) сроками операции,
в) числом предыдущих перевязок,
г) отсутствием первичной хирургической обработки,
д) применением дренирования или отказом от него.
30. Наиболее благоприятные условия для заживления имеются
в ране:
а) колотой,
б) резаной,
в) рубленной,
г) ушибленной, д) огнестрельной.
31. Проникающей
в брюшную полость называется рана, если
имеются повреждение брюшины:
а) париетальной, б) висцеральной.
32. Рана считается проникающей
в полость черепа, если имеется повреждение:
а) костей черепа,
б) черепного апоневроза,
в) твердой мозговой оболочки.
33. Вторичное инфицирование раны является следствием попадания инфекции:
а) во время ранения,
б) с ранящего предмета,
в) во время оказания медицинской помощи.
34. Тяжесть повреждений при огнестрельном ранении обусловлена:
а) высокой кинетической энергией пули,
б) термическим ожогом,
в) отравлением пороховыми газами.
35. При сквозном огнестрельном ранении входное отверстие:
а) больше выходного,
б) меньше выходного,
в) равно выходному.
36. Репарацией называется замещение поврежденной ткани на:
а) аналогичную, б) соединительную.
37. Регенерацией называется замещение поврежденной ткани на:
а) аналогичную, б) соединительную.

38. Грануляционная ткань, видимая глазом, появляется
в период:
а) подготовительный,
б) биологической очистки,
в) предварительной репарации,
г) окончательной репарации.
39. Ранняя первичная хирургическая обработка раны производится
в сроки до:
а) 6 часов,
б) 24 часа,
в) 48 часов.
40. Швы, накладываемые на рану после иссечения рубцовой
ткани, называются:
а) первичными отсроченными,
б) вторичными ранними,
в) вторичными поздними.
41. Применение ферментных препаратов
в ране показано
в периоде:
а) подготовительном,
б) биологической очистки,
в) предварительной репарации,
г) окончательной репарации.
42. Противопоказанием
к первичной хирургической обработке раны является:
а) шок,
б) наличие некротических тканей
в ране,
в) наличие
в ране инородных тел.
43. Не подлежат первичной хирургической обработке:
а) поверхностные резанные раны,
б) проникающие колотые раны,
в) огнестрельные раны.
44. При хирургической обработке гнойной раны соблюдение
правил асептики
и антисептики:
а) не обязательно,
б) желательно,
в) обязательно.
45. Фазе гидратации раны необходимо обеспечить:
а) покой пораженному органу,

б) массаж, ЛФК.
46.
К протеолитическим ферментам для некролиза относится:
а) трипсин,
б) риванол,
в) ксероформ.
47. Одним из лучших средств механической очистки раны является:
а) 3 % перекись водорода,
б) трипсин,
в) борная кислота.
48. 3 % перекись водорода для обработки раны используется:
а) в фазе гидратации,
б) в фазе дегидратации,
в) в обеих фазах.
Подчеркните неправильный ответ
1. Назначение первичной хирургической обработки ран:
а) удаление нежизнеспособных тканей,
б) удаление инородных тел,
в) восстановление анатомических соотношений
в ране,
г) остановка кровотечения,
д) стерилизация раны.
2. Для промывания гнойных полостей
и ран применяются
следующие антисептические растворы:
а) раствор риванола,
б) раствор фурацилина,
в) 3 % раствор перекиси водорода,
г) 0,1 % раствор марганцевокислого калия,
д) 5 % раствор карболовой кислоты.
3. При подозрении на нагноение послеоперационной раны необходимо:
а) снять швы,
б) развести края раны,

в) иссечь края раны,
г) промыть нару перекисью водорода,
д) дренировать рану тампоном.
4. Основными опасностями раны могут быть:
а) кровотечение,
б) шок,
в) развитие инфекции,
г) обильная длительная плазмопотеря,
д) возможность нарушения целости жизненно важных органов.

5. Раны заживают вторичным натяжением при условиях,
если имеются:
а) в полости раны сгустки крови,
б) значительный некроз краев раны,
в) отсутствие инфекции в ране,
г) большое зияние краев раны,
д) наличие инородных тел в ране.
6. При заживлении раны первичным натяжением необходимы следующие условия:
а) наличие в ране сгустков крови,
б) соприкосновение краев раны,
в) отсутствие инфекции в ране,
г) хорошее кровоснабжение краев раны,
д) отсутствие инородных тел в ране.
7. Вторичное инфицирование раны является результатом попадания микробов в момент:
а) повреждения тканей,
б) оказания первой помощи,
в) первичной хирургической обработки,
г) транспортировки пострадавшего,
д) последующего лечения раны.
8. Первая фаза раневого процесса (гидратация) характеризуется:
а) развитием гиперемии,
б) развитием воспалительного отека,
в) развитием проницаемости сосудистой стенки,
г) бурным ростом грануляционной ткани,
д) лейкоцитарной инфильтрацией такни.
9. Что из перечисленного характерно для первой фазы течения раневого процесса?
а) нарушение проницаемости сосудистой стенки,
б) развитие воспалительного отёка,
в) развитие гипергрануляции ткани,
г) лейкоцитарная инфильтрация тканей,
д) развитие тканевого ацидоза.
10. С какими обстоятельствами могут быть связаны ранние
кровотечения из операционной раны?
а) соскальзывание лигатуры сосуда,
б) кровотечение из мелких нелигированных сосудов,
в) понижение свертываемости крови (холемия, гемофилия),
г) резкое повышение артериального давления,
д) аррозия сосуда вследствие нагноения раны.
11. Какие осложнения могут быть со стороны операционной
раны в первые сутки после операции?

а) йодный дерматит,
б) нагноение раны,
в) гиперемия кожных покровов,
г) кровотечение,
д) отек краев, раны.
12. Классифицируя раны по характеру повреждения тканей, различают:
а) колотые, б) резанные, в) рубленные,
г) инфицированные, д) ушибленные.
13. Оптимальный материал для наложения швов в глубине раны:
а) кетгут, б) шелк, в) лавсан,
г) конский волос, д) капрон.
96 97
14. Чем отличаются размеры зияния раны?
а) величиной,
б) глубиной,
в) нарушением эластических волокон кожи,
г) характером раненых тканей,
д) кровоснабжение краев раны.
15.
К закрытым повреждениям мягких тканей относятся:
а) раны,
б) сотрясение,
в) разрывы,
г) ушибы,
д) растяжения.
16. Лечение
в фазе дегидратации:
а) повязки с вазелиновым маслом,
б) повязки с левосином,
в) повязки с левомеколем,
г) применение оротата калия,
д) повязка с диоксидином.
17. Принципы лечения гнойной раны:
а) комплексность,
б) хирургическая обработка,
в) наложение первичного шва,
г) дренирование,
д) ранее закрытые раневых поверхностей.
18. Первичная хирургическая обработка:
а) туалет раны,
б) иссечение краев раны,
в) иссечение дна,
г) иссечение нежизнеспособных тканей,

д) иссечение
в пределах 0,5–2 см.
19. Фаза гидратации раневого процесса:
а) нарушение проницаемости сосудистой стенки,
б) альтерация,
в) экссудация,
г) грануляция тканей,
д) лейкоцитарная инфильтрация.
20. Для промывания гнойных ран применяются:
а) перекись водорода,
б) раствор фурацилина,
в) трипсин,
г) нашатырный спирт,
д) диоксин.
21. Лечение нагноений послеоперационной раны:
а) снятие швов,
б) дренирование,
в) протеолитические ферменты,
г) форсирование диуреза,
д) адекватное дренирование.
22. Боль (интенсивность) зависит от:
а) количества нервных элементов,
б) реактивности организма,
в) нервно-психического состояния,
г) кровотечения,
д) степени нарушения определенных тканей.
23.
В фазе гидратации применяют:
а) применение антисептиков местно,
б) повязки с сахаром,
в) повязки с NaCl 10 %,
г) лечебная физкультура,
д) рибонуклеаза.
24. Проникновение гнойных микроорганизмов
в ткани вызывает реакцию, которая проявляется
в:
а) появлении болей,
б) местном повышении температуры,
в) потери чувствительности,
г) артериальной гиперемии,
д) венозном стазе с образованием отёка.

25. С целью некролитического действия существуют следующие способы применения ферментов:
а) внутримышечное введение,
б) местная энзимотерапия,
в) электрофорез трипсином,
г) внутрикостное введение,
д) применение внутрь.
26. Для выполнения первичной хирургической обработки
раны необходимы условия:
а) полное иссечение некротической ткани на лице,
б) частичное иссечение некротических тканей на шее,
в) удаление мышечной ткани, пропитанной кровью,
г) экономное воздействие на ткани мозга,
д) широкое иссечение тканей.
27. Резаная рана:
а) большая зона повреждений,
б) кровоизлияние,
в) минимальные повреждения,
г) зона некроза,
д) большая вероятность осложнений.
28. Первичная хирургическая обработка раны заключается в:
а) удалении инородных тел,
б) иссечении некротической ткани в пределах здоровой ткани,
в) тщательном туалете раны,
г) гемостазе,
д) наложении повязки с фурацилином.

ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ

Подчеркните правильный ответ

1. Каково противопоказание для оперативного лечения переломов костей?
а) интерпозиция мягких тканей,
б) отрывные переломы со значительным расхождением отломков
по длине,
в) поперечные переломы бедра,
г) травматический шок,
д) медиальные переломы шейки бедра.
2. Псевдоартрозом называется:
а) ложный сустав, образующийся в области диафиза кости,
б) новый сустав, развивающийся при невправленных вывихах,
в) новый сустав, образующийся при внутрисуставных переломах,
г) неподвижность в суставе после гипсовой повязки,
д) ограничение подвижности в суставе после скелетного вытяжения.
3. Общими причинами замедленного сращения переломов являются:
а) нарушение кровообращения костных отломков,

б) тяжелые интоксикации,
в) развитие инфекции между костными отломками,
г) интерпозиция инородных тел,
д) плохая иммобилизация.
4. Симптомы вывиха:
а) изменение абсолютной длины конечности,
б) изменение относительной длины конечности,
в) патологическая подвижность в поврежденном суставе,
г) крепитация,
д) подкожная эмфизема.
100 101
5. С целью обезболивания перед вправлением вывиха в полость сустава необходимо ввести 10–15 мл новокаина:
а) 0,25 % раствора,
б) 0,5 % раствора,
в) 1 % раствора,
г) 2 % раствора,
д) 5 % раствора.
6. Какие переломы следует считать прямыми?
а) перелом бедра при падении тяжести на него,
б) перелом позвоночника при падении на седалищные бугры,
в) разрыв Ахиллова сухожилия при резком сгибании стопы,
г) перелом лучевой кости при падении на кисть,
д) перелом шейки бедра при ротации бедра.
7. Укажите концентрацию раствора новокаина для обезболивания при вправлении костных отломков:
а) 0,5 %, б) 2 %, в) 3 %
г) 5 %, д) 10 %.
8. Что следует предпринять в первую очередь у больного
с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии?
а) иммобилизация конечности,
б) введение сердечных и сосудосуживающих средств,
в) введение наркотических веществ,
г) наложение жгута на конечность,
д) наложение повязки на рану конечности.
9. Какова должна быть транспортная иммобилизация пострадавшего при переломе плечевой кисти?
а) пальцы – лопатка здоровой стороны,
б) кисть – лопатка здоровой стороны,
в) лучезапястный сустав – лопатки этой же стороны,
г) предплечье – плечо этой же стороны,
д) лучезапястный сустав – плечевой сустав здоровой стороны.
10. Какие вы знаете виды импровизированных шин?

а) Дитерикса,
б) Виноградова,
в) Крамера,
г) отводящая шина ЦИТО,
д) фанера, картон и др.
11. Для скелетного вытяжения необходимо приготовить:
а) лейкопластырь,
б) шину Крамера,
в) коловорот с фрезой,
г) шину Беллера-Брауна,
д) гипс.
12. Первая доврачебная помощь при переломах нижних конечностей:
а) массаж конечностей,
б) введение раствора глюкозы,
в) наложение гипсовой повязки,
г) переливание крови,
д) иммобилизация конечностей с помощью шин.
13. Оказывая первую помощь при закрытых переломах, необходимо:
а) наложить жгут,
б) наложить асептическую повязку,
в) произвести транспортную иммобилизацию,
г) снять обувь с поврежденной конечности,
д) снять одежду с поврежденной конечности.
14. К местным симптомам при переломах относятся:
а) всасывание продуктов распада травмированных тканей, вызывающих нарушение функций почек,
б) повышение температуры тела,
в) шок,
г) крепитация костных отломков,
д) вынужденная пружинящая фиксация конечностей.
102 103
15. Одним из этапов вправления вывиха плеча по
Ю.Ю. Джанелидзе является:
а) укладывание больного на стол опущенной конечностью,
б) приведение плеча
к туловищу,
в) ротация предплечья кнаружи,
г) тяга книзу
и поднятие руки кпереди
и кверху,
д) забрасывание предплечья
и кисти на здоровое плечо.
16. При оперативном лечении переломов могут быть следующие осложнения:

а) интерпозиция между костными отломками мышц
и фасций,
б) большое расхождение костных отломков,
в) жировая эмболия,
г) воздушная эмболия,
д) сдавление костными отломками жизненно важных органов.
17. Местными причинами замедленного сращения переломов являются:
а) тяжелые интоксикации,
б) заболевания, нарушение функции органа,
в) авитаминозы,
г) понижение содержания кальция
в крови,
д) нарушение трофики тканей при повреждении нервов.
18. По какому механизму приложения силы различают переломы
а) от прямого удара,
б) от сдавливания,
в) от сгибания,
г) от скручивания,
д) врожденные.
19. Признаки перелома костей конечностей:
а) крепитация костных отломков,
б) деформация конечностей,
в) относительное укорочение конечностей,
г) абсолютное укорочение конечностей,
д) симптом прилипшей пятки.
20. При переломах позвонков шейного отдела производится
транспортная иммобилизация:
а) шиной Дитерекса,
б) шиной Еланского,
в) шиной Крамера,
г) на щите,
д) шиной Кузьминского.
21.
В тазобедренном суставе
в зависимости от смещения головки бедренной кости наблюдаются следующие вывихи:
а) подпозвоночный, б) лонный,
в) запирательный,
г) подвздошный, д) седалищный.
22. Переломовывихом называется состояние, характеризующееся одновременным:
а) переломом
и смещением костных отломков,

б) переломом
и интерпозицией мышц между отломками,
в) переломом с вколачиванием отломков,
г) вывихом одной кости
и переломом другой,
д) вывихом
и переломом суставных
и околосуставных отделов
кости.
23. Наиболее часто встречается вывих:
а) нижней челюсти, б) ключицы,
в) плеча,
г) бедра,
д) в голеностопном суставе.
24. По этиологическому признаку
к вывихам относят все нижеуказанные, кроме:
а) травматических, б) привычных,
в) врожденных,
г) полных,
д) патологических.
25. Чаще всего встречается врожденный вывих:
а) плеча,
б) предплечья,
в) в лучезапястном суставе,
г) бедра,
д) основной фаланги I пальца.
104 105
26. Причиной патологического вывиха может быть кроме:
а) костно-суставного туберкулеза,
б) остеомиелита,
в) артроза, артрита,
г) полиомиелита,
д) травматического шока.
27. Обследуя сустав при вывихе, в нем можно выявить все
симптомы, кроме:
а) отсутствия активных движений,
б) резкого ограничения пассивных движений,
в) пружинящего сопротивления,
г) ложной подвижности,
д) ступенчатого западения мышцы.
28. Укажите симптом, нехарактерный для вывиха
в суставе конечности:
а) болезненность,

б) крепитация,
в) деформация,
г) изменение длины конечности,
д) вынужденное положение конечности.
29. Укажите симптом, не наблюдающийся при травматическом вывихе плеча:
а) боль
в плечевом суставе,
б) резкое ограничение движений
в суставе,
в) деформация
и припухлость сустава,
г) крепитация при пальпации головки плеча,
д) пружинящая фиксация плеча при попытке движений
в суставе.
30.
У больного имеется открытый перелом костей голени
вследствие удара передним бампером легкового автомобиля. Какого вида перелом при этом наиболее вероятен?
а) вколоченный,
б) компрессионный,
в) многооскольчатый,
г) отрывной,
д) винтообразный.
31. Исключите неверно указанный слой костной мозоли:
а) параоссальный,
б) периостальный,
в) интермедиарный,
г) эндостальный,
д) костномозговой.
32. Назовите симптом закрытого перелома кости:
а) подкожная эмфизема,
б) патологическая подвижность,
в) увеличение абсолютной длины конечности,
г) кровотечение наружу,
д) пружинящее сопротивление
в ближайшем суставе.
33. Обследование пострадавшего с жалобами на боли
в области плеча следует начинать с:
а) опроса,
б) рентгенологического исследования плеча,
в) определения уровня гемоглобина крови,
г) выявления крепитации
в области плеча,

д) определения патологической подвижности кости.
34. Укажите элемент первой помощи на месте происшествия
пострадавшему с переломом длинной трубчатой кости:
а) использовать шину Белера,
б) обезболить место перелома,
в) выполнить репозицию отломков,
106 107
36. Укажите время проведения репозиции перелома
у больного с явлениями шока:
а) после выполнения новокаиновой блокады области перелома,
б) после выведения больного из состояния шока,
в) после начала внутривенной трансфузии,
г) сразу после доставки больного
в стационар,
д) в момент оказания первой помощи.
37. Чего не следует делать для профилактики шока при переломе крупной трубчатой кости
в момент оказания первой помощи?
а) транспортную иммобилизацию конечности,
б) репозицию отломков,
в) останавливать кровотечение,
г) вводить анальгетики,
д) все вышеуказанное.
38. Какую шину следует применять для транспортной иммобилизации при переломе бедра?
а) Дитерихса,
б) Кузьминского, в) сетчатую,
г) Белера,
д) аппарат Илизарова.
39. Сроки заживления перелома бедра
у мужчин средних лет:
а) менее двух месяцев,
б) более двух месяцев.
40. Абсолютным признаком перелома, выявляемым с помощью клинического исследования, является:
а) гиперемия кожи,
б) бледность кожных покровов,
в) костная крепитация,
г) отек конечности.
41.
В каких случаях необходим остеосинтез для заживления перелома?
а) перелом диафиза большеберцовой кости без смещения,
б) перелом луча

в типичном месте,
в) медиальный перелом шейки бедра.
42. Симптомы внутрисуставного перелома:
а) нарушения проведения звука на кости,
б) гемартроз,
в) патологическая подвижность.
43. Причины формирования контрактуры Фолькмана:
а) образование ложного сустава,
б) чрезмерная по длительности иммобилизация,
в) нарушение кровоснабжения.
44. Механизм перелома шейки бедра:
а) падение с высоты,
б) сдавление
в поперечном направлении,
в) падение на бок,
г) патологический процесс
в костной ткани.
45. Типичная локализация трещин:
а) плечо,
б) кости таза,
в) пяточная кость,
г) ключица.
46. Традиционные сроки скелетного вытяжения:
а) 3–5 недель,
б) 2–3 месяца.
47. Использование лонгетно-циркулярной гипсовой повязки
при открытых переломах при появлении отделяемого из раны:
а) показано,
б) противопоказано.
48. Контрольная рентгенография впервые после наложения
гипсовой повязки осуществляется:
а) в первые сутки, б) на 2–3 сутки, в) на 6–8 сутки,
г) на 10–14 сутки.
108 109
Подчерните неправильный ответ
1. Оказывая первую помощь при открытых переломах с кровотечением, необходимо:
а) произвести первичную хирургическую обработку раны
и репозицию костных отломков,
б) наложить жгут,
в) наложить асептическую повязку,
г) произвести транспортную иммобилизацию,
д) произвести инъекцию обезболивающих средств.

2. Выделяют следующие слои костной мозоли:
а) периостальный,
б) эндостальный,
в) интермускулярный,
г) интермедиарный,
д) параоссальный.
3. Виды импровизационных шин:
а) палки,
б) штык,
в) бамбук,
г) картон,
д) шина Крамера.
4. Гипс годен
к употреблению, если:
а) не содержит комков,
б) затвердевает через пять
–десять минут,
в) смешанный с водой не дает тухлого запаха,
г) гипсовый шарик не крошится при падении на пол с высоты 1
м,
д) при нагревании обильно выделяется пар.
5. Успех репозиции костных отломков при закрытых переломах определяется следующими моментами:
а) знанием характера перелома
и вида смещения отломков,
б) тщательной остановкой кровотечения,
в) хорошим обезболиванием,
г) полным расслаблением мышц,
д) использованием для репозиции ручных приемов
и различных
аппаратов.
6. Что необходимо для скелетного вытяжения нижней конечности?
а) спица,
б) дрель,
в) дуга Киршнера,
г) шина Беллера, д) аппарат Соколовского.
7. Каковы противопоказания
к оперативному лечению переломов?
а) шок третьей степени,
б) острая большая кровопотеря,
в) местная гнойная инфекция,
г) общая гнойная инфекция,
д) пожилой возраст.

8. Какие осложнения могут возникнуть при оперативном лечении перелома?
а) остеомиелит,
б) воздушная эмболия,
в) жировая эмболия,
г) нагноение раны,
д) замедленная консолидация.
9. Для образования костной мозоли необходимы следующие условия:
а) отсутствие интерпонента между костными отломками,
б) отсутствие инфекции,
в) полное соприкосновение костных отломков,
г) отсутствие хорошего кровообращения костных отломков,
д) хорошая иммобилизация отломков.
10. Показанием
к наложению гипсовых повязок является:
а) трещины костей,
б) переломы без смещения,
в) вколоченные переломы,
г) переломы со смещением после удавшейся репозиции отломков,
д) открытые переломы.
11. По направлению линии перелома, они делятся на:
а) косые,
б) эпифизарные, в) продольные,
г) винтообразные, д) поперечные.
110 111
12. Наблюдаются следующие виды смещения костных отломков:
а) под углом,
б) по ширине,
в) по длине,
г) по периферии,
д) по радиусу.
13.
К местным симптомам при переломах относятся:
а) пружинящая фиксация конечностей,
б) деформация,
в) наличие патологической подвижности,
г) крепитация,
д) боль.
14. Для производственного травматизма характерны следующие виды ран:
а) резанная рана,
б) колотая рана,
в) скальпированная рана,
г) рубленная рана,
д) огнестрельная рана.

15. Основными симптомами вывиха являются:
а) вынужденное положение конечностей,
б) деформация
в области сустава,
в) крепитация
в области сустава,
г) боль
в суставе
и невозможность движений
в нем
в полном
объеме,
д) расположение головки кости вне суставной впадины.
16. Основными причинами, вызывающими смещение костных отломков при переломах, являются:
а) боль
в результате сдавливания костными отломками нервных
стволов,
б) сила, вызывающая перелом,
в) тяга
к спастически сократившихся мышц,
г) сила периферических отделов конечности,
д) транспортировка с переломами без транспортной иммобилизации.
17. Первая помощь при открытых переломах костей:
а) наложение жгута,
б) иммобилизация,
в) транспортировка,
г) репозиция костных отломков,
д) введение болеутоляющих средств.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Подчеркните правильный ответ

1. Непосредственными опасностями, возникающими
в момент
повреждения или
в первые часы после него, являются:
а) местная гнойная инфекция,
б) общая гнойная инфекция,
в) газовая гангрена,
г) столбняк,
д) кровотечение.
2. При анурии назначают:
а) аспирин,
б) осмотические диуретики,

в) 4 %
KCl,
г) панангин,
д) 10 % Na
Cl.
3. При лечении ушиба мягких тканей применяются следующие методы:
а) применение местно-первого дня тепло,
б) введение антибиотиков местно,
в) местно холод
и наложение давящей повязки,
г) назначение массажа
в зону ушиба,
д) местное обкалывание новокаином.
112 113
4. Непосредственные опасности, развивающиеся
в момент
травмы или
в первые часы после нее, являются:
а) анаэробная инфекция,
б) столбняк,
в) кровотечение,
г) воздушная эмболия,
д) сепсис.
Подчеркните неправильный ответ
1. Закрытые повреждения мягких тканей делятся на:
а) ушибы,
б) растяжения,
в) разрывы,
г) сотрясения,
д) раны.
2. Непосредственные опасности, возникшие
в момент травмы:
а) острый остеомиелит,
б) повреждение жизненно важных органов,
в) кровотечение,
г) коллапс,
д) шок.
3. Ближайшие опасности после травмы:
а) острая сердечная недостаточность,
б) острая пневмония,
в) перитонит,
г) коллапс,
д) шок.

4. Для производственного травматизма характерны следующие виды ран:
а) резаная рана,
б) колотая рана,
в) скальпированная рана,
г) рубленная рана,
д) огнестрельная рана.
5. Первая помощь при разрывах связок суставов:
а) наложение давящей повязки,
б) иммобилизация суставов,
в) холод на область суставов,
г) активное движение
в пораженном суставе,
д) пункция суставов.
6. Первая помощь при травматическом токсикозе:
а) тугое забинтовывание конечности для предупреждения отека,
б) освобождение пострадавших от сдавления,
в) наложение жгута проксимальнее места сдавления,
г) иммобилизация конечности
и осуществление ранней гипотерапии с использованием льда, грелки,
д) введение обезболивающих средств.
7. Причиной почечной недостаточности при травматическом
токсикозе является:
а) недостаточная гемодинамика вследствие рефлекторного спазма сосудов,
б) поступление миоглобина
в кровь блокирование восходящего
колено петли Генгле,
в) гиперкалиемия, вызывающая нарушение функции почек,
г) угнетение мочеотделения
в результате сгущения крови,
д) обширные язвы, некрозы, тромбозы
и гнойные осложнения со
стороны суставов, которые приводят
к почечной недостаточности.
8.
В патогенезе синдрома сдавливания наибольшее значение имеют:
а) болевое раздражение, вызывающее нарушение координации
возбудительных
и тормозных процессов
в ЦНС,
б) травматическая токсемия, обусловленная всасыванием продуктов распада
из поврежденных тканей (мышц),
в) плазмопотеря, возникающая вторично
в результате массивного отека тканей,

г) психическая травма, приводящая
к нарушению функции многих органов,
д) рефлекторный спазм сосудов поврежденной конечности, который приводит к ишемии поврежденной ткани.
114 115
ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВЫ,
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ
И ЖИВОТА
Подчеркните правильный ответ
1. При закрытом пневмотораксе воздух
в плевральной полости:
а) сообщается с внешней средой через рану
в грудной стенке,
б) сообщается с внешней средой через крупный бронх,
в) сообщается с внешней средой через значительный дефект легочной ткани,
г) не сообщается с внешней средой,
д) увеличивается с каждым последующим вдохом
и не уменьшается с выдохом.
2. Напряженным или клапанным пневмотораксом называется
скопление воздуха
в плевральной области, когда:
а) при вдохе воздух проникает
в плевральную полость через
рану, а при выдохе не выходит из нее,
б) скопление воздуха имеет свободное сообщение с атмосферным воздухом через рану,
в) скопление воздуха имеет свободное сообщение с атмосферным воздухом через крупный бронх,
г) скопление воздуха не сообщается с внешней средой,
д) скопление воздуха не
в плевральной полости с каждым последующим вдохом.
3. Ушибом называется:
а) повреждение тканей с частичным разрывом их при сохранении анатомической непрерывности,
б) разрывы паренхиматозных органов,
в) явное внутреннее кровотечение,
г) повреждение тканей
и органов без нарушения целости кожи,
д) нарушение целости кости без смещения костных отломков.
4. Какую цель преследует внутривенное введение гипертонического раствора хлористого натрия после операции по поводу перитонита?
а) улучшение сердечной деятельности,
б) получение седативного эффекта,

в) предупреждение пневмонии,
г) стимуляция моторной функции кишечника,
д) предупреждение нагноения раны.
5. Средняя степень сотрясения головного мозга характеризуется потерей сознания на:
а) несколько секунд, б) несколько минут, в) несколько часов,
г) несколько недель, д) несколько дней.
6. Гематороксом называется скопление крови:
а) в брюшной полости,
б) в полости черепа,
в) в полости сустава,
г) в грудной полости,
д) в мышцах.
7.
К поздним опасностям
и осложнениям травм относятся:
а) коллапс,
б) шок,
в) повреждения жизненно важных органов,
г) травматический токсикоз,
д) стойкие нарушения функций поврежденных органов
и тканей.
8.
В каких случаях баллотирует средостение?
а) лечебный пневмоторакс,
б) клапанный пневмоторакс,
в) простой пневмоторакс,
г) открытый травматический пневмоторакс,
д) дренаж плевральной полости.
9. Окклюзионная повязка применяется при:
а) переломах бедер,
б) открытом пневмотораксе,
в) капиллярном кровотечении,
г) венозном кровотечении,
д) повреждении мягких тканей.
116 117
10. Назовите фазы шока:
а) обморок, коллапс,
б) начальная, промежуточная, терминальная,
в) молниеносная, острая,
г) эректильная, терминальная,
д) эректильная, торпидная.
11. К непроизводственной травме относится травма:

а) полученная по пути с работы,
б) полученная на рабочем месте за час до рабочего время,
в) полученная в быту,
г) полученная в рабочее время на рабочем месте.
12. К открытым травмам относят:
а) баротравму,
б) врожденный перелом,
в) вывихи,
г) подкожную эмфизему,
д) экскориации – раны.
13. Предпосылкой для развития травматической болезни является:
а) открытый перелом,
б) ушиб головы,
в) политравма,
г) сильное бактериальное загрязнение раны,
д) кровопотеря.
14. Баротравма развивается в результате:
а) погружения в воду,
б) пулевого ранения,
в) падения с высоты,
г) взрыва, обвала.
15. Ведущим звеном в патогенезе краш-синдрома является:
а) миоглобинемия – от сдавления,
б) липидемия,
в) бактеримия.
16. Травма, нанесенная во время диагностических или лечебных процедур, называется:
а) внутрибольничной, б) нозокомиальной, в) симультанной,
г) случайной, д) ятрогенной.
17. К боевой травме не относятся:
а) пулевые ранения,
б) баротравмы,
в) ожоги,
г) патологические переломы,
д) колотые раны.
18. Ведущим синдромом, развивающимся в результате длительного сдавления тканей, является:
а) плазмопотеря,
б) генерализованная инфекция,
в) дыхательная недостаточность,
г) экзотоксикоз,
д) перелом кости.
19. Краш-синдром развивается в результате длительного сдавления:

а) грудной клетки,
б) живота,
в) костей и суставов,
г) поперечнополосатой мускулатуры – конечности,
д) головного мозга.
20. Для торпидной фазы шока не характерно:
а) понижение артериального давления,
б) цианоз лица,
в) похолодание конечностей,
г) слабый пульс,
д) поверхностное дыхание.
21. Для травматического шока нехарактерно:
а) ацидоз, б) алкалоз, в) гиперкалиемия,
г) гипонатриемия, д) гипохлоремия.
118 119
22. Шоковвый индекс Алговера – это отношение:
а) систолического давления
к диастолическому,
б) диастолического давления
к систолическому,
в) частоты пульса
к частоте дыхания,
г) частоты дыхания
к частоте пульса,
д) частоты пульса
к систолическому давлению.
23.
В норме шоковый индекс Алговера равен:
а) 0,5,
б) 1,0,
в) 1,5,
г) 2,0,
д) 2,5.
24. Какой степени тяжести травматического шока соответствует состояние: частота дыхания – 30–32
в минуту, пульс –
110–120 ударов
в минуту, артериальное давление –
90–80/50–40 мм рт. ст.?
а) легкой,
б) средней,
в) тяжелой,
г) предагональной.

25. Какой стадии травматического шока соответствует состояние: частота дыхания – 30–40
в минуту, пульс – 130–140 ударов
в минуту, артериальное давление – 75–50/40–30 мм рт. ст.?
а) I,
б) II,
в) III,
г) IV.
26. Ведущими патогенетическими факторами синдрома длительного сдавливания являются все приведенные, кроме:
а) болевого раздражения,
б) аутогемодилюции,
в) плазмопотери,
г) травматической токсемии.
27.
В результате длительного сдавливания конечностей может наблюдаться все, кроме:
а) травмирования нервных стволов,
б) ишемии конечностей или ее сегмента,
в) венозного застоя,
г) травматической асфиксии,
д) внутрисосудистого свертывания крови.
28. Укажите основные факторы, определяющие тяжесть токсикоза
у пострадавших с синдромом длительного сдавливания:
а) отек поврежденной конечности,
б) миоглобинемия
и миоглобинурия,
в) гиперкалиемия, гипонатриемия,
г) гиперкреатинемия
и гиперфосфатемия,
д) избыток гистамина
и адениловой кислоты
в крови.
29. Патологоанатомические изменения при синдроме длительного сдавливания включают все, кроме:
а) некроза сдавленных мышц,
б) некроза извитых канальцев почек,
в) жирового перерождения печени с некрозами,
г) закупорки извитых канальцев почек миоглобином,
д) множественных микроинфарктов сердца, легких.
30. Для периода острой почечной недостаточности при синдроме длительного сдавливания характерно все, кроме:
а) нарастания анемии,

б) резкого снижения диуреза вплоть до анурии,
в) гиперкалиемии
и гиперкреатининемии,
г) гемодилюции,
д) гипокалиемии
и полиурии.
31. Сколько периодов выделяют
в клиническом течении синдрома длительного сдавления (СДС)?
а) 2,
б) 3,
в) 4,
г) 5,
д) 6.
32.
С чем связан первый период синдрома длительного сдавления (СДС)?
а) нарастанием отека
и проявлением сосудистой недостаточности,
б) развитием острой почечной недостаточности,
в) развитием энцефалопатии,
г) восстановлением почечной деятельности,
д) выздоровлением.
120 121
33.
С чем связан второй период синдрома длительного сдавления (СДС)?
а) нарастанием отека
и проявлением сосудистой недостаточности,
б) развитием острой почечной недостаточности,
в) развитием энцефалопатии,
г) восстановлением почечной деятельности,
д) выздоровлением.
34. Что происходит
в третьем периоде синдрома длительного
сдавления (СДС)?
а) нарастание отека
и проявление сосудистой недостаточности,
б) развитие острой почечной недостаточности,
в) развитие энцефалопатии,
г) восстановление почечной деятельности,
д) временное выздоровление.
35. Какова первая медицинская помощь при синдроме длительного сдавления (СДС)?
а) сбор жалоб,
б) сбор анамнеза болезни,

в) наложение эластического бинта
в область сдавления,
г) наложение кровоостанавливающего жгута ниже места сдавления,
д) ампутация конечности.
36.
С чем связано развитие травматического токсикоза при
синдроме длительного сдавления (СДС)?
а) с повреждением мышечно-костных сегментов,
б) с попаданием
в общий кровоток большого количества продуктов распада разрушенных тканей
и токсических метаболитов,
в) с развитием энцефалопатии,
г) с развитием травматического шока,
д) с восстановлением почечной деятельности.
37. Для какого периода при синдроме длительного сдавления
(СДС) характерна картина острой почечной недостаточности?
а) 1,
б) 2,
в) 3,
г) 4,
д) 5.
38. Для какого периода при синдроме длительного сдавления
(СДС) характерна картина прогрессирующего отека
и проявлений сосудистой недостаточности?
а) 1,
б) 2,
в) 3,
г) 4,
д) 5.
39. Для какого периода при синдроме длительного сдавления
(СДС) характерно восстановление жизнеспособности сдавленной конечности?
а) 1,
б) 2,
в) 3,
г) 4,
д) 5.
40. Сколько времени длится первый период при синдроме
длительного сдавления (СДС)?
а) 1–3 суток,
б) 4–6 суток,
в) 7–9 суток,
г) 10–12 суток, д) 12–14 суток.

41. Сколько времени длится второй период при синдроме
длительного сдавления (СДС)?
а) 1–3 суток,
б) 3–14 суток,
в) 15–17 суток,
г) 18–20 суток, д) 20 суток
и более.
42. Укажите лечебное мероприятие, которое не применяется
в первом периоде при синдроме длительного сдавления (СДС):
а) мощная дезинтоксикационная терапия,
б) местная гипотермия конечности,
в) мануальная терапия,
г) хирургическая обработка раны,
д) новокаиновые блокады.
43. Укажите длительность сдавления мягких тканей, при которой развивается синдром длительного сдавления (СДС):
а) 2–10 минут,
б) 10–30 минут, в) 3–50 минут,
г) 1–1,5 часа,
д) более 2–4 часов.
122 123
44. Укажите, с чем не связано развитие травматического токсикоза при синдроме длительного сдавления (СДС):
а) повреждением мышечно-костных сегментов,
б) попаданием
в общий кровоток большого количества продуктов распада разрушенных тканей
и токсичных метаболитов,
в) развитием ишемии конечности,
г) развитием венозного застоя,
д) потерей сознания.
45. Укажите лечебное мероприятие, которое не применяется
в первом периоде при синдроме длительного сдавления (СДС):
а) мощная дезинтоксикационная терапия,
б) местная гипотермия конечности,
в) иглотерапия,
г) хирургическая обработка раны,
д) новокаиновые блокады.
46. Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:
а) рвота;
б) потеря сознания; в) амнезия;
г) анизокория;
д) подкожная гематома.

47. Укажите симптомы легкой черепно-мозговой травмы:
а) судороги, кома,
б) головная боль, тошнота, учащение пульса,
в) кровь
в спинномозговой жидкости, застойный сосок зрительного нерва,
г) амнезия, анизокория,
д) рвота, брадикардия, головная боль.
48. Симптомом какого повреждения является истечение ликвора из уха после черепно-мозговой травмы?
а) ушиба головного мозга,
б) сотрясения головного мозга,
в) перелома свода черепа,
г) перелома основания черепа,
д) внутричерепного кровотечения.
49. Что способствует увеличению проницаемости сосудистой стенки
и отеку мозга при его травме?
а) спазм артерий,
б) спазм вен,
в) дилатация артерий, гиперхлоремия,
г) дилатация вен,
д) спазм вен
и дилатация артерий.
50. Что характерно для наружного клапанного/напряженного пневмоторакса?
а) эмфизема мягких тканей области раны,
б) баллотирование средостения,
в) сдавление легкого противоположной стороны,
г) смещение средостения
в сторону спавшего легкого,
д) смещение средостения
в противоположную сторону.
51. Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?
а) спадение легкого на стороне повреждения,
б) спадение легкого на поврежденной стороне,
в) баллотирование средостения,
г) смещение средостения
в сторону повреждения,
д) смещение средостения
в противоположную сторону.
52. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:
а) обзорная рентгенография брюшной полости,
б) лапароскопия,
в) контрастная цистография,

г) ирригоскопия,
д) общий анализ мочи.
53. Общими симптомами гемоторакса являются:
1) одышка,
2) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки,
3) перкуторная тупость на стороне поражения,
4) ослабление дыхательных шумов
и голосового дрожания на
стороне поражения,
124 125
5) бледность кожных покровов,
6) прогрессирующее падение АД,
7) тахикардия.
а) 1, 2, 3,
б) 2, 3, 5,
в) 5, 6, 7,
г) 3, 4, 7,
д) 3, 5, 6.
54. Повреждение мочевого пузыря диагностируется с помощью:
а) обзорной рентгеноскопии органов малого таза,
б) цистографии,
в) катетеризации.
55. При закрытом повреждении задней стенки 12-перстной
кишки желчь изливается:
а) в свободную брюшную полость,
б) в забрюшинную клетчатку.
56. Вследствие разрыва селезенки кровь скапливается
в:
а) свободной брюшной полости,
б) левом подреберье,
в) малом тазу.
57. Подкожная эмфизема возникает при:
а) повреждении покровов грудной клетки,
б) повреждении париетальной плевры
и легкого;
58. Открытой черепно-мозговая травма считается при повреждении:
а) черепного апоневроза
и кости черепа,
б) кожи головы,
в) костей свода черепа.
59. Симптоматика сдавления головного мозга зависит от:
а) быстроты накопления крови,
б) быстроты

и локализации накопления крови,
в) локализации наполнения кости.
60. Причина гемоперитонеума определяется с помощью:
а) обзорной рентгеноскопии брюшной полости,
б) лапароскопии,
в) аускультации,
г) ультразвукового исследования живота.
61. При появлении признаков сдавления мозга показано:
а) консервативное лечение,
б) оперативное лечение
в плановом порядке,
в) оперативное лечение
в экстренном порядке.
62. Напряженный пневмоторакс возникает при:
а) открытом поврежде
6нии грудной клетки,
б) разрыве паренхимы легкого,
в) повреждении париетальной плевры.
63. Симптом Блюмберга–Щеткина определяется:
а) аускультативно,
б) пальпаторно,
в) перкуторно.
64. Разрыв полых органов при закрытой травме живота бывает при нахождении их
в момент травмы:
а) в спавшемся состоянии,
б) в переполненном состоянии,
в) в повышенной перистальтике.
65. Клиника разрыва печени характеризуется:
а) внутренним кровотечением,
б) травматическим шоком,
в) внутренним кровотечением
и травматическим шоком.
Подчеркните неправильный ответ
1. Симптомы закрытого пневмоторакса:
а) притупление перкутарного звука,
б) частый пульс,
в) цианоз,
г) коллапс легкого,
д) отсутствие дыхания при прослушивании стороны повреждения.
126 127
2. Сдавление головного мозга, вызванное внутричерепным
кровоизлиянием, характеризуется следующими основными симптомами:

а) головной болью, тошнотой
и рвотой,
б) частым нитевидным пульсом,
в) замедленным твердым пульсом,
г) прерывистым дыханием
и сужением одного зрачка,
д) парезами
и параличами.
3. Основными симптомами сотрясения головного мозга являются:
а) потеря сознания,
б) ретроградная амнезия,
в) рвота,
г) головная боль,
д) лихорадка.
4.
К общим симптомам перитонита относятся:
а) частый пульс плохого наполнения
и напряжения,
б) неуклонное падение артериального давления,
в) высокий лейкоцитоз,
г) потеря сознания,
д) в начале заболевания высокая температура с последующим ее
снижением.
5. Воздушная эмболия особенно опасна
и часто встречается
при ранении следующих вен:
а) внутренняя яремная,
б) нижняя полая,
в) верхняя полая,
г) подключичная,
д) воротная вена печени.
6.
К ранним местным симптомам перитонита относятся:
а) боли
в животе,
б) расслабление мышц живота,
в) повышение температуры тела,
г) тошнота
и рвота,
д) выпот
в брюшную полость.
7. Экстренная хирургическая помощь при внезапной воздушной эмболии легочной артерии:

а) немедленное закрытие раневого отверстия
в вене,
б) перевязка обоих концов раневой вены,
в) сдавить грудную клетку
в момент выхода,
г) пункция правого желудочка
и аспирация пенистой крови,
д) пункция левого желудочка
и аспирация пенистой крови.
8. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта:
а) отек анастомоза,
б) ущемление петли кишечника,
в) парез,
г) динамическая агония,
д) паренхиматозная желтуха.
9. Показание
к повторной операции:
а) перитонит,
б) фибринолитические кровотечения,
в) тромбоэмболия артерий,
г) несостоятельность анастомоза,
д) нарастающий пневмоторакс.
10. Профилактика дыхательной недостаточности:
а) лечение хронических бронхитов,
б) бронхорасширяющая терапия,
в) дыхательная гимнастика,
г) лечебная бронхоскопия,
д) гастроскопия.
11. Повреждение селезенки, кровотечение. Окажите помощь:
а) срочная диагностика,
б) ушивание раны селезенки двухрядным травматическим швом,
в) операция
и спленэктомия,
г) операция под прикрытием непрерывного вливания
и компенсация дефекта крови,
д) подготовка
к операции.
128 129
12. При закрытом пневмотораксе:
а) воздух из легких в грудную полость выходит, а в атмосферу – нет,
б) воздух заходит через раны грудной стенки, но не выходит наружу,
в) воздух через поврежденный бронх поступает в плевральную полость, но не выходит наружу,

г) воздух выходит через бронхи, паренхимы легких, а через грудную стенку заходит, но с внешней средой не сообщается (воздух не выходит).
13. Напряженным или клапанным пневмотораксом называется скопление воздуха в плевральной полости, когда:
а) повреждены ткани легкого,
б) повреждены грудные стенки,
в) повреждена передняя брюшная стенка.
14. Спонтанный пневмоторакс – это воздух плевральной полости при прорыве:
а) буллезной болезни,
б) бронхоэктатической болезни,
в) краевой кисти легкого,
г) ножевом ранении грудной стенки.
15. Какую цель преследует внутривенное введение 10 % NaCl
при ушибе
и сотрясении головного мозга?
а) уменьшение болевых симптомов,
б) с целью дегидратации вещества головного мозга,
в) уменьшение внутричерепного давления,
г) улучшение памяти.
16. Фазы шока при травме:
а) эректильная компенсаторная,
б) эректильная декомпенсаторная,
в) торпидная компенсаторная,
г) торпидная декомпенсаторная,
д) терминально-эректильная.
17. Ведущим генезом синдрома Байуотерса является:
а) сдавление части тела 1 час,
б) сдавление части тела 2 часа,
в) сдавление части тела более трех часов,
г) нарушение кровообращения,
д) временное шунтирование сосуда.
18. Следствием травмы грудной клетки в первые сутки может быть:
а) пневмоторакс,
б) гемоторакс,
в) гемо-пневмоторакс,
г) эмпиема плевры.
19. Клиника при коммоционно-контузионном синдроме:
а) головная боль, головокружение, шум
в голове,
б) ретроградная амнезия,
в) шум
в ушах, мошки перед глазами,
г) улучшение памяти,

д) тошнота
и рвота.
20. Гемоторакс может быть при:
а) повреждении паренхимы легкого,
б) разрыве сосуда плевры,
в) переломе ребра и повреждении артерии,
г) при разрыве селезенки.
21. Перитонит – причина повреждения каких полых органов?
а) желудка
и двенадцатиперстной кишки,
б) тонкого кишечника – тощего
и подвздошного,
в) сигмовидной кишки,
г) желчного пузыря,
д) матки.
22. Повреждение паренхиматозных органов характеризуется:
а) наличием крови в брюшной полости,
б) наличием желчи в брюшной полости,
в) наличием мочи в брюшной полости,
г) наличием кала в брюшной полости.
23. Симптом гемоперитонеума является:
а) гиперперистальтика кишечника,
б) урчание
в животе
и болезненность,
в) при перкуссии притупление
в отлогих местах живота,
г) по поколачивании живота – зыбление,
д) отсутствие симптома Щеткина–Блюмберга.
24. Современный метод диагностики при внутрибрюшном
повреждении почки:
а) рентгенологическое исследование,
б) выделительная урография,
в) лапароскопия,
г) УЗИ почек,
д) диагностическая люмботомия.
25. При внебрюшном разрыве мочевого пузыря кровь и моча скапливаются в:
а) околопочечной клетчатке и промежности,
б) внебрюшинно в малом тазу,
в) в мошонке,
г) в брюшной полости.
26. Травма черепа, признаки продолжающего внутричерепного кровотечения,
действие хирурга:

а) рентгенография черепа в двух проекциях,
б) компьютерная томография,
в) пункция спинного мозга,
г) срочная трепанация черепа, гемостаз,
д) необходима электрокоагуляция кожи.
27. Действия врача при повреждении почки:
а) обзорная рентгенография,
б) уточнение наличия второй почки,
в) УЗД,
г) без диагностики
и уточнения второй почки удаление поврежденной.
28. Тактика врача при повреждении (кровотечении) селезенки:
а) диагностика лапаротомия, гемостаз, сохранение селезенки,
б) ушивание раны селезенки с ее сохранением,
в) динамическое наблюдение.
29. Дренирование брюшной полости после операции по поводу перитонита методом:
а) Симоняна,
б) Шкроба,
в) Канжикеева,
г) Шлоандера–Петрова.
30. Почему обкладывают конечность при СДС?
а) снижение обмена веществ
в пораженном участке,
б) снижение потребности
и поглощения
O2
(ПО2),
в) снижение обмена веществ и ПО2,
г) улучшение реологии
в пораженном участке.
31. Причины ОПН:
а) сдавление конечности, плазмопотеря, относительная гиповолемия,
б) секвестрация жидкости,
в) развитие относительной гиповолемии,
г) нарушение фильтрации
и реабсорбции
в почках,
д) следовательно полиурия.
32. Травма органов брюшной полости – перитонит. Причины ОПН:
а) парез
и паралич функций кишечника,
б) секвестрация жидкости

в кишечнике – гиповолемия,
в) гемоконцентрация – агрегация эритроцитов
в почечных капиллярах,
г) развитие олигурии,
д) из-за большого количества инфузии, искусственной гемодилюции.
33. Лечение посттравматического экссудативного плеврита:
а) пункция плевральной полости, эвакуация экссудата,
б) антибиотикотерапия,
в) дренирование грудной полости,
г) трахеостомия
и торакотомия.
132 133
ОЖОГИ, ОТМОРОЖЕНИЯ, ЭЛЕКТРОТРАВМЫ
Подчеркните правильный ответ
1. Для отморожения II степени характерны следующие изменения:
а) образование пузырей,
б) некроз костей,
в) некроз всех слоев кожи,
г) некроз мышц,
д) появление пятнистого цианоза.
2. Особенностью течения ожогового шока по сравнению
с травматическим является:
а) отсутствие эректильной фазы,
б) отсутствие торпидной фазы,
в) кратковременность эректильной фазы,
г) длительность эректильной фазы,
д) эректильная фаза ожогового шока равна травматическому.
3. Ожоговый шок наблюдается
у всех обожженных, если площадь ожога равна:
а) 1 % поверхности тела,
б) 5 % поверхности тела,
в) 10 % поверхности тела,
г) 25 % поверхности тела,
д) 50 % поверхности тела.
4. Первая степень отморожения характеризуется:
а) некрозом костей,
б) образованием пузырей,
в) темно-синим цветом кожи
и отсутствием некроза,
г) некрозом всей толщи кожи,
д) некрозом всех мягких тканей.
5. Третья степень отморожения характеризуется:
а) темно-синим цветом кожи

и отсутствием некроза ткани,
б) образованием пузырей,
в) некрозом всей толщи кожи
и мягких тканей,
г) побледнением кожи,
д) некрозом костей.
6. Что из указанных средств не следует переливать
в первые
дни течения ожоговой болезни?
а) физиологический раствор,
б) раствор глюкозы,
в) полиглюкин,
г) плазму,
д) консервированную кровь.
7. Оказывая первую помощь при ожогах, вызванных щелочами, для нейтрализации используют 2 % раствор:
а) соды,
б) уксусной кислоты,
в) марганцевокислого калия,
г) ляписа,
д) бриллиантовой зелени.
8. Чем отличается ожоговый шок от травматического?
а) тяжестью общего состояния,
б) отсутствием торпидной фазы,
в) ранней потерей сознания,
г) продолжительностью эректильной фазы,
д) продолжительностью торпидной фазы.
9. При классификации ожогов по Буайе вторая степень характеризуется:
а) покраснением,
б) повреждением всех слоев кожи,
в) образованием пузырей,
г) повреждением глублежащих тканей,
д) обугливанием тканей.
10. При лечении ожогов открытым методом для образования
плотной эластической корочки ожоговую поверхность смазывают:
а) камфорным маслом,
б) борным вазелином,
в) 2–3 % раствором марганцевокислого калия,

г) 0,5 % фурацилиновой мазью,
д) перекисью водорода.
11. Третья степень отморожения характеризуется:
а) темно-синим цветом кожи

и отсутствием некроза тканей,
б) образованием пузырей,
в) некрозом всей толщи кожи
и мягких тканей,
г) побледнением кожи,
д) некрозом костей.
12. Оказывая первую помощь при ожогах, вызванных кислотами, для нейтрализации применяют 2 % раствор:
а) бикарбоната натрия,
б) уксусной кислоты,
в) лимонной кислоты,
г) марганцевокислого калия,
д) ляписа.
13. Ожоговый шок возникает при глубоком поражении:
а) 2 % поверхности тела,
б) 5 % поверхности тела,
в) 7 % поверхности тела,
г) 15 % поверхности тела,
д) 20 % поверхности тела.
14. Особенности тяжести течения ожогового шока:
а) длительность торпидной фазы,
б) отсутствие эректильной фазы,
в) кратковременность торпидной фазы,
г) длительность эректильной фазы,
д) площадь ожога.
15. Электроток вызывает
в организме:
а) возбуждение центральной нервной системы,
б) возбуждение сердечной деятельности,
в) паралич дыхания
и сердца,
г) паралич верхних конечностей.
16. При определении глубины ожога используются методы:
а) по Тросниковскому,
б) по Вишневскому,
в) по Крейбиху.
17. Площадь ожога всей верхней конечности по «правилу девяток» составляет:
а) 1 %,
б) 9 %,
в) 18 %,
г) 27 %,
д) 36 %.

18. Площадь ожога обеих нижних конечностей по «правилу девяток» составляет до:
а) 9 %,
б) 18 %,
в) 27 %,
г) 36 %,
д) 45 %.
19.
В ожоговой ране отмечается снижение концентрации:
а) молочной кислоты,
б) небелкового азота,
в) ионов калия,
г) ионов кальция,
д) биологически активных веществ.
20. Из местных симптомов для ожога I степени характерно
все, кроме:
а) гипертермии, б) болезненности, в) покраснения,
г) отека,
д) гиперестезии.
21. Из местных симптомов для ожога II степени отмечаются
все, кроме:
а) болезненности
б) гиперемии,
в) пузырей,
г) отека,
д) гиперестезии.
22. Исключите неверно указанную стадию течения ожоговой болезни:
а) ожоговый шок,
б) острая токсемия,
в) острая почечная недостаточность,
г) септикотоксемия или сепсис,
д) реконвалесценция.
136 137
23. Для ожогового шока характерно:
а) слабо выраженная эректильная функция,
б) ярко выраженная эректильная функция,
в) отсутствие торпидной фазы,
г) повышение ЦВД,
д) увеличение ОЦК.
24. При ожоговом шоке наблюдается все, кроме:
а) гемоконцентрации,
б) олиго- или анурии,
в) повышения относительной плотности мочи,

г) азотемии, протеинурии, гемоглобинемии,
д) увеличения ОЦК.
25. Объем первой помощи при ожогах предполагает все, кроме:
а) введения обезболивающих,
б) наложения сухой асептической повязки,
в) наложения мазевой повязки,
г) профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей,
д) организации доставки в лечебное учреждение.
26. При химических ожогах объем первой помощи I включает все, кроме:
а) промывания проточной водой,
б) обработки нейтрализующими растворами,
в) обезболивания,
г) наложения мазевой повязки,
д) организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение.
27. На месте происшествия пострадавшему в состоянии клинической смерти от воздействия электрического шока показаны
все мероприятия, кроме:
а) искусственной вентиляции легких,
б) закрытого массажа сердца,
в) введения в полость сердца 6–7 мл 7,5 % раствора калия хлорида,
г) дефибрилляции сердца,
д) трахеотомии.
28. Основной причиной дегенеративных изменений и некроза тканей при холодовой травме является:
а) плазмопотеря,
б) паралич нервных окончаний,
в) дисфункция мышц,
г) нарушение кровотока,
д) прекращение потоотделения.
29. Дореактивный период в течении отморожения включает время:
а) непосредственного воздействия холода,
б) от начала действия холода до согревания,
в) согревания,
г) после восстановления температуры тела,
д) от начала действия холода до отторжения струпа.
30. Реактивный период в течении отморожения включает время:
а) непосредственного воздействия холода,
б) от начала созревания до восстановления кровообращения,
в) согревания,
г) после восстановления температуры тела,
д) от начала действия холода до отторжения струпа.
31. К местным инфекционным осложнениям отморожения
относится все, кроме:

а) лимфангита, лимфаденита,
б) тромбофлебита,
в) абсцесса, флегмоны,
г) гидраденита,
д) рожи.
32. Из инфекционных осложнений отморожения могут встречаться все, кроме:
а) сепсиса,
б) столбняка,
в) анаэробной инфекции,
г) лепры,
д) остеомиелита.
138 139
33. Что недопустимо при оказании первой помощи пострадавшему от холодовой травмы?
а) растирание теплой чистой рукой,
б) растирание мягкой тканью,
в) растирание снегом,
г) обработка согретых участков спиртом,
д) наложение теплоизолирующей повязки.
34. Ожоги горячей водой классифицируются:
а) малой глубиной
и площадью,
б) малой глубиной
и большой площадью,
в) большой глубиной
и большой площадью.
35. Отличительной чертой электроожогов является наличие струпа:
а) бледного,
б) черного,
в) бурого.
36. При ожоге кислотой некроз имеет свойства:
а) коагуляционного,
б) коликвационного,
в) казеозного.
37. Ожог пламенем нередко сочетается с:
а) жировой эмболией,
б) метгемоглобинемией,
в) карбоксигемоглобинемией,
г) гликозурия.
38.
В результате действия на кожу щелочей развивается:
а) коагуляция клеточных белков,
б) импрегнация клеточных белков,

в) гидролиз клеток,
г) омыление липидных мембран клеток.
39. Метод Постникова для определения площади ожога подразумевает использование:
а) стерильного целлофана для нанесения контура ожога
и таблиц,
б) правила «ладоней»,
в) правила «девяток».
40. Первая степень ожога характеризуется повреждением:
а) в пределах эпидермиса,
б) поверхностных слоев дермы,
в) всей дермы.
41. Вторая степень ожога характеризуется повреждением:
а) в пределах эпидермиса,
б) сосочкового слоя,
в) поверхностных слоев дермы,
г) всей дермы.
42. Третья
А степень ожога характеризуется повреждением:
а) в пределах эпидермиса,
б) поверхностных слоев дермы,
в) всей дермы.
43. Третья
Б степень ожога характеризуется повреждением:
а) в пределах эпидермиса,
б) поверхностных слоев дермы,
в) всей дермы.
44. Ожоги третьей
А степени относятся
к:
а) глубоким,
б) относительно поверхностным.
45. Для дифференциальной диагностики глубокого
и поверхностного ожога надо пользоваться критериями:
а) Арьева,
б) Вишневского, в) Джексона,
г) Франка.
Подчеркните неправильный ответ
1. Ожогами называется группа тяжелых повреждений организма, вызываемая:
а) высокой температурой,
б) концентрированными кислотами
и щелочами,
в) лучевой энергией,

г) световой энергией,
д) механической силой.
140 141
2. Симптомами, характерными для отморожения третьей степени, в первые дни являются:
а) боль,
б) припухлость,
в) наличие демаркационной линии,
г) потеря чувствительности,
д) наличие пузыря;
3. В результате ожога в организме возникают:
а) ацидоз, б) гипохлоремия, в) токсемия,
г) гидремия, д) анемия.
4. По Крейбиху, в зависимости от глубины поражения различают пять степеней ожога:
а) первая степень – поражение только эпидермиса,
б) вторая степень – более тяжелые поражения эпителия кожи, но
с сохранением сосочкового слоя,
в) третья степень – образование пузырей,
г) четвертая степень – некроз всего сосочкового слоя,
д) пятая степень – некроз боле глубоких слоев кожи и даже органа в целом.
5. Тяжесть клинической картины ожоговой болезни зависит от:
а) времени года,
б) общего состояния больного,
в) площади ожоговой поверхности,
г) глубины поражения,
д) локализации ожога.
6. Глубина и степень поражения при ожогах зависит от:
а) температуры повреждающего фактора,
б) времени воздействия температуры на ткани,
в) пола пострадавшего,
г) возраста пострадавшего,
д) общего состояния организма.
7. При оказании первой помощи при термических ожогах:
а) выносят пострадавшего из огня,
б) снимают и тушат горящую одежду,
в) вводят обезболивающие средства,
г) накладывают асептическую повязку,
д) производят первичную обработку ожоговой поверхности.
8. Что, как правило, сопутствует ожоговой болезни?
а) плазморея,
б) гипоальбуминемия,
в) гипопротеинемия,

г) токсемия,
д) анемия.
9. Причиной термического ожога может быть:
а) раскаленное железо,
б) концентрированная кислота;
в) кипяток,
г) пламя,
д) пар.
10. Существуют следующие методы лечения ожогов:
а) закрытые,
б) открытые,
в) оперативные,
г) рентгено-радиотерапия,
д) физиотерапевтические.
11. Оказывая первую помощь при ожогах фосфором, рекомендуется:
а) наложение мазевой повязки,
б) обильное орошение ожоговой поверхности водой,
в) наложение повязки с 2–5 % раствором медного купороса,
г) наложение асептической повязки,
д) наложение повязки, смоченной 2 % раствором двууглекислой
соды.
142 143
12. Какие из указанных сред переливают
в первые дни больным после обширного ожога?
а) плазма,
б) сыворотка крови,
в) гидролизин,
г) эритроцитарная масса,
д) консервированная кровь.
13. Из каких элементов слагается первая помощь при термических ожогах кожных покровов?
а) вынос пострадавшего из огня,
б) удаление горящих предметов
и одежды,
в) первичная обработка поверхности ожога,
г) подкожная инъекция морфина,
д) наложение асептической повязки.
14. Факторы, способствующие отморожению:
а) ветер,
б) повышенная влажность воздуха,
в) истощение,
г) тесная обувь,
д) повышение артериального давления.

15. Ожоговая болезнь сопровождается:
а) шоком,
б) токсемией,
в) гиперхлоремией,
г) гипопротеинемией, д) плазмореей.
16. Причиной смерти при электротравме может быть:
а) первичный паралич сердца,
б) первичный паралич дыхания,
в) одновременный паралич сердца
и дыхания,
г) паралич мозга (электрический шок),
д) свертывание крови.
17. Оказывая помощь больному при электротравме с явлениями клинической смерти, необходимо произвести следующий
комплекс мероприятий:
а) освободить от действия тока,
б) проводить искусственное дыхание,
в) проводить непрямой массаж сердца,
г) ввести
в кровь средства, возбуждающие сердечную
и дыхательную деятельность,
д) произвести кровопускание.
18. Для ожога кислотами характерно:
а) коагуляционный некроз,
б) появление натеков на участке,
в) некроз влажный,
г) поверхностный сухой некроз.
19. Последствиями ожога четвертой степени являются:
а) образование келоидных рубцов,
б) нарушение функций частей тела,
в) образование трофических язв,
г) образование нежных рубцов,
д) нарушение функции почки.
20. Для первой степени отморожения характерно:
а) боль,
б) небольшая отечность кожи,
в) незначительная синюшность кожи,
г) наличие пузырей.
21. При второй степени отморожений проводят лечение:
а) обработка нашатырным спиртом,
б) вскрытие пузырей,
в) обтирание снегом,
г) некрэктомия.

22. Чем отличается сухая гангрена от влажной?
а) отсутствие интоксикации,
б) наличие деморкационной ткани,
в) темно-коричневый цвет некротических тканей,
г) отёк ткани
и волдыри,
д) высыхание тканей.
23. Химические ожоги возникают при воздействии:
а) кислотами,
б) щелочами,
в) лучевой энергией,
г) фосфором.
144 145
24. Степень поражения химического ожога зависит от:
а) концентрации,
б) длительности воздействия,
в) возраста,
г) вида химического вещества.

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Подчеркните правильный ответ
1. Что называется гидраденитом?
а) воспаление лимфатического узла,
б) воспаление лимфатического сосуда,
в) воспаление волосяного мешка,
г) воспаление потовых желез,
д) воспаление сальных желез.
2. Клиническими проявлениями общей реакции организма на местную гнойную инфекцию является:
а) краснота,
б) боли,
в) припухлость,
г) повышение местной температуры,
д) лейкоцитоз.
3. Что такое фурункулез?
а) воспаление волосяных мешков,
б) воспаление сальных желез,
в) воспаление волосяного фолликула
и окружающих его тканей с
циклическим течением,
г) множественное поражение волосяных фолликул,
д) воспаление подкожной сетчатки.
4. Каким микробом вызывается рожа?

а) вульгарный протей,
б) синегнойная палочка,
в) гонококк,
г) стрептококк,
д) стафилококк.
5. Острое серозное прогрессирующее воспаление собственно
кожи, реже слизистой оболочки, вызываемое стрептококком, называется:
а) парапроктит, б) тромбофлебит, в) рожа,
г) сибирская язва, д) мастит.
6. Показания
к релапаротомии:
а) метеоризм,
б) тошнота,
в) жидкий стул,
г) копростаз,
д) перитонит.
7. Клиническими проявлениями местной реакции организма
на гнойную инфекцию является:
а) изменение состава белой крови,
б) повышение температуры тела,
в) озноб,
г) интоксикация,
д) гиперемия вокруг раны.
8. От чего зависит клиника мастита?
а) от фазы процесса, б) размера,
в) формы,
г) плотности,
д) стадии заболевания.
9. Что из указанного применяют для лечения карбункула лица?
а) жидкий стол-пища,
б) антибиотики
и сульфаниламиды,
в) кварцевое облучение,
г) иссечение карбункула,
д) местное применение кристаллов салициловой кислоты.
10. Экссудативный плеврит:
а) торакотомия,
б) пункция,
в) гормонотерапия,
г) искусственная вентиляция легких,
д) трахеостомия.
146 147
11. Задачами местного лечения при гнойных заболеваниях являются:

а) борьба с гнойной интоксикацией,
б) создание постоянного оттока жидкости из гнойного очага во внешнюю среду,
в) активизация защитных сил организма,
г) подавление жизнедеятельности микрофлоры, вызвавшей заболевание,
д) нормализация нарушенных функций жизненно важных органов и систем.
12. Абсцессом называется:
а) ограниченное скопление гноя в тканях и различных органах с пиогенной оболочкой,
б) разлитое гнойное воспаление в тканях и органах,
в) ограниченное скопление гноя в синовиальных влагалищах,
г) ограниченное скопление гноя в полостях,
д) ограниченное скопление гноя в суставах.
13. Лечение флегмоны должно производиться:
а) наложением согревающего компресса,
б) наложение компресса с мазью Вишневского,
в) путем разреза и широкого дренирования раны,
г) назначением внутрь антибиотиков,
д) назначением внутрь сульфаниламидов.
14. Задачами общего лечения гнойных заболеваний являются:
а) создание покоя больному органу,
б) своевременная эвакуация гноя,
в) активизация защитных сил организма,
г) создания постоянного оттока жидкости из гнойного очага,
д) прекращение или значительное уменьшение болей.
15. Фурункулом называется острое гнойное некротическое воспаление:
а) потовых желез,
б) подкожно-жировой клетчатки,
в) волосяного фолликула и сальных желез,
г) лимфатических сосудов,
д) несколько волосяных фолликулов.
16. Каким из ниже перечисленных микробов (как правило) вызывается фурункул?

а) стрептококк, б) стафилококк, в) гонококк,
г) синегнойная палочка, д) вульгарный протей.
17. Острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных мешочков
и сальных желез с образованием общего инфильтрата, некроза кожи
и подкожной клетчатки называется:
а) флегмоной,
б) абсцессом,
в) карбункулом,
г) фурункулом, д) панарицием.
18. Что такое воспаление потовых желез?
а) воспаление сальных желез,
б) сучье вымя,
в) воспаление волосяного мешочка,
г) воспаление лимфатического сосуда,
д) воспаление лимфатического узла.
19. Каким микробом вызывается рожа?
а) стафилококк, б) стрептококк, в) гонококк,
г) синегнойная палочка, д) вульгарный протей.
20. Для рожистого воспаления характерны следующие местные симптомы:
а) появление на коже яркой красноты с четкими границами,
б) появление красноты без четких границ,
в) бледность с мраморным оттенком,
г) мраморная бледность с сине-зелеными полосами,
д) выраженная синюшность
в области воспаления.
21. Что надо делать при флегмоне мягких тканей
в стадии размягчения?
а) широкий разрез
и дренирование,
б) горячий компресс,
в) прокол с последующим исследованием,
г) холод,
д) новокаиновое обкалывание с антибиотиками.
148 149
22. Острое разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной, забрюшинной
и другой клетчатки называется:
а) абсцессом,
б) сепсисом,
в) гидраденитом,
г) флегмоной,
д) рожей.

23. При оперативном лечении мастита производятся следующие разрезы:
а) косые,
б) поперечные, в) радиарные,
г) параллельные, д) циркулярные.
24. Каково лечение абсцедирующей формы мастита?
а) пункция
и отсасывание гноя,
б) новокаиновое обкалывание антибиотиками,
в) резекция молочной железы вместе с гнойником,
г) широкий разрез, дренирование,
д) ампутация молочной железы.
25. Острое серозно-гнойное воспаление лимфатических желез называется:
а) лимфаденитом, б) лимфангитом, в) тромбофлебитом,
г) гидраденитом, д) флебитом.
26. Экзогенной инфекцией называется попадание микробов
в раны:
а) гематогенным путем,
б) лимфагенным путем,
в) контактным путем,
г) переходом из окружающих мягких тканей,
д) распространением из желудочно-кишечного тракта.
27. Клиническими проявлениями общей реакции организма
на местную гнойную инфекцию являются:
а) краснота,
б) отёк,
в) боли,
г) повышение местной температуры,
д) лейкоцитоз.
28. Физический метод лечения абсцесса мягкой ткани:
а) дренирование
и облучение полости лучом лазера,
б) применение больших доз антибиотика,
в) удаление гнойного очага,
г) физиолечение мягких тканей,
д) тампонирование абсцесса с мазью Вишневского.
29. Осложнение при операции на молочной железе:
а) перитонит,
б) пневмоторакс,
в) повреждение молочных ходов,
г) гиповолемия,
д) периферический спазм.
30. Назовите одно из условий, необходимых для развития хирургической инфекции

в организме человека:
а) наличие сапрофитов,
б) наличие «входных ворот» для инфекции,
в) сохранение целости кожных покровов,
г) снижение резистентности микроорганизмов,
д) высокий титр антител.
31. Что препятствует развитию гноеродных микробов?
а) анемия,
б) кахексия, в) стойкий иммунитет,
г) авитаминоз,
д) наличие мертвых тканей, гематом.
32. Назовите фактор риска внутрибольничной инфекции:
а) больные
в возрасте старше 20 лет,
б) продолжительные операции,
в) отсутствие патогенной микрофлоры
в операционной,
г) бережное обращение с тканями во время операции,
д) отсутствие дренажей
в ране.
33. Какие изменения возникают при острой хирургической
инфекции
в морфологическом составе крови?
а) эритроцитоз,
б) лейкопения,
в) лимфоцитоз,
150 151
г) сдвиг формулы вправо,
д) сдвиг формулы влево.
34. Укажите основное условие, предупреждающее развитие
хирургической инфекции:
а) высокий общеобразовательный уровень населения,
б) хорошее обеспечение больных антибиотиками,
в) профилактика
и лечение микротравм,
г) рациональное питание,
д) отказ от вредных привычек.
35. Укажите один из компонентов общего лечения при гнойных заболеваниях:
а) профилактика грибковых поражений кожи,
б) отказ от дезинтоксикационной терапии,
в) воздержание от антибиотиков,
г) подавление жизнедеятельности гноеродных микробов,
д) отказ от коррекции углеводного

и водно-электролитного обмена.
36. Что называется флегмоной?
а) гнойное воспаление потовых желез,
б) гнойное воспаление сальных желез,
в) ограниченное воспаление клетчатки,
г) разлитое воспаление клетчаточных пространств,
д) воспаление со скоплением гноя
в суставе.
37. Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется гнойной инфекцией?
а) злокачественная опухоль,
б) пороки сердца,
в) сахарный диабет,
г) хроническая почечная недостаточность,
д) закрытая травма головного мозга.
38.
У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова ваша лечебная тактика?
а) разрез
и тампонада с антисептиками полости абсцесса,
б) пункция, в верхнем краю абсцесса с зигзагообразной пункцией отсасывание гноя
и введение антибиотиков,
в) согревающий компресс,
г) УФ-облучение гнойника,
д) ренгтенотерапия.
39. Для фазы воспаления
в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):
1) изменение проницаемости стенок сосудов,
2) восполнение грануляционной тканью раневого дефекта,
3) миграция лейко-, эритро- и тромбоцитов
в область раны,
4) контактная ингибиция пролиферации эпителиоцитов,
5) синтез основного вещества
и набухание коллагеновых волокон.
а) 1, 2, 4,
б) 2, 4, 5,
в) 3, 4, 5,
г) 1, 3, 5,
д) 2, 3, 4.
40. Для фазы регенерации
и пролиферации
в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):

1) ацидоз,
2) замещение фибрина капиллярами
и коллагеновыми волокнами,
3) восполнение раневого дефекта грануляционной тканью,
4) воздействие ингибитора пролиферации эпителиоцитов,
5) уменьшение содержания воды
в рубцовой ткани.
а) 1, 2, 3,
б) 3, 4, 5,
в) 2, 3, 4,
г) 1, 3, 4,
д) 2, 4, 5.
41. Для фазы реорганизации рубца
в течении раневого процесса характерно (выбери сочетание ответов):
1) перестройка богатой коллагеновыми волокнами рубцовой ткани,
2) приобретение рубцовой тканью устойчивости на разрыв,
3) уменьшение содержания воды
в рубцовой ткани,
4) миграция лейкоцитов
в область раны,
5) замещение фибрина капиллярами
и коллагеновыми волокнами.
а) 1, 2, 3,
б) 3, 4, 5,
в) 1, 2, 5,
г) 2, 3, 4,
д) 2, 4, 5.
42. Фурункул – острое гнойное воспаление волосяных фолликулов, окружающей клетчатки
и:
а) апокриновых желез, б) сальных желез,
в) лимфатических желез.
152 153
43. При локализации фурункула на лице имеется угроза развития гнойного менингита, при этом инфекция попадает
в мозговые синусы по системе вен:
а) v.subclavia,
б) v.jugularis anterior,
в) v.anonima,
г) v.angularis oculi.
44.
С целью повышения устойчивости организма
к стафилококковой инфекции осуществляют введение:

а) аминозола,
б) маннитола,
в) анатоксина.
45. При карбункуле лица из особо опасных осложнений следует выделить:
а) рожистое воспаление,
б) фолликулит,
в) тромбоз пещеристой пазухи.
46. При тяжелом течении гнойно-воспалительного процесса
в формуле крови можно видеть изменения:
а) цветного показателя,
б) тромбоцитов,
в) увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов.
47. Рожа вызывается:
а) стафилококком,
б) кишечной палочкой,
в) стрептококком
А,
г) смешанной флорой.
48. Какое осложнение специфично для рожи:
а) тромбофлебит,
б) сепсис,
в) лимфостаз – слоновость,
г) лимфаденит.
49. Гиперемия кожи при флегмоне более интенсивна:
а) в центре очага,
б) по периферии очага,
в) одинаково интенсивна над всей поверхностью очага.
50. При глубокой флегмоне, как правило:
а) определяются яркая гиперемия кожи
и флюктуация,
б) отсутствуют гиперемия кожи
и флюктуация,
в) гиперемия кожи
и флюктуация появляются на 3–4 день от начала заболевания.
51. Если после вскрытия флегмоны
у больного
в течение
3–4 дней сохраняются высокая температура
и озноб, необходимо:
а) назначить жаропонижающие препараты,
б) выполнить ревизию раны
и посев крови,
в) назначить рентгенотерапию.

52. При оперативном лечении аденофлегмоны перед разрезом необходимо:
а) выполнить пункцию
и при наличии гноя вскрыть очаг по игле,
б) при наличии яркой гиперемии кожи
и флюктуации можно сделать разрез сразу,
в) при наличии гиперемии кожи
и флюктуации пункция противопоказана.
53. Симптомы интоксикации при роже:
а) сопутствуют, как правило, началу заболевания при любой
форме,
б) симптомы интоксикации бывают только при тяжелых формах
рожи,
в) симптомы интоксикации появляются на 3–4 день от начала заболевания.
54. При абсцессах во внутренних органах (печень, легкие)
может быть:
а) лимфаденит, б) лимфангит,
в) аденофлегмона,
г) перфорация
в полость.
55. Чем неспецифический абсцесс отличается от холодного абсцесса?
а) отсутствием признаков острого гнойного воспаления,
б) наличием признаков острого гнойного воспаления,
в) длительностью течения.
154 155
56. При оперативном лечении абсцесса необходимо:
а) абсцесс вскрыть,
б) иссечь абсцесс
в пределах здоровых тканей,
в) абсцесс вскрыть
и дренировать с постоянной промывной системой.
57. Мастит чаще всего встречается:
а) у беременных женщин
в дородовом периоде,
б) в течение первого месяца послеродового периода,
в) на 2–3 месяце послеродового периода.
58. При интрамаммарном мастите разрезы делают:
а) дугообразно, под молочной железой,
б) радиарно,
в) дугообразно, окаймляя ореолу.
59. Ведущими факторами
в развитии паротита является:
а) длительная операция,
б) пониженная секреция слюнных желез,

в) преклонный возраст больного,
г) обезвоживание.
60. При парапроктите разрезы делают:
а) непосредственно
у наружного сфинктера,
б) отступя 3–4 см от наружного сфинктера,
в) отступя 1,5–2 см от наружного сфинктера.
61. Парапроктит обычно вызывается:
а) моноинфекцией,
б) полиинфекцией,
в) смешанной инфекцией.
62. Особенности клиники паротита определяются:
а) богатством иннервации
в области лица,
б) богатством кровоснабжения
в области лица,
в) анатомическим строением околоушной слюнной железы.
63. Укажите возможный тип реакции организма
в ответ на
внедрившуюся
в него инфекцию:
а) нормостенический,
б) нормотонический,
в) гипертензивный,
г) астенический,
д) гиперергический.
64. Разрезы при оперативном лечении паротита производят:
а) соответственно лангеровским линиям,
б) в зависимости от кровоснабжения тканей
в области лица,
в) в зависимости от хода ветвей лицевого нерва.
65. Особенностью клинического течения острого паротита является:
а) раннее появление гиперемии кожи
и флюктуации,
б) позднее появление симптомов интоксикации,
в) позднее появление гиперемии кожи
и флюктуации.
66. Особенностью оперативного лечения хронической инфильтративной фазы мастита является:
а) рассечение инфильтрата,
б) рассечение инфильтрата со срочным гистологическим исследованием препарата,
в) иссечение инфильтрата с гистологическим исследованием

препарата
в плановом порядке.
67. Острая инфильтративная стадия мастита лечится:
а) только консервативно,
б) при безуспешности консервативного лечения производится
рассечение инфильтрата,
в) при безуспешности консервативного лечения производится
иссечение
и рассечение инфильтрата.
68. При лечении флегмоны должно производиться:
а) назначение внутрь антибиотиков,
б) назначение внутрь сульфаниламидов,
в) путем широкого разреза
и дренирование раны,
г) наложение компресса с мазью Вишневского,
д) дренирование двухпросветной трубкой
и постоянное промывание.
156 157
Подчеркните неправильный ответ
1. При карбункуле задней поверхности шеи показаны следующие мероприятия:
а) антибиотики,
б) сульфаниламидные препараты,
в) витаминотерапия,
г) компресс с мазью Вишневского,
д) облучение УВЧ.
2. Клиника маститов при учете стадии процесса делятся на
следующие формы:
а) серозная,
б) пузырчатая,
в) абсцедирующая,
г) флегмонозная, д) гангренозная.
3. Лечение фурункула верхней губы:
а) введение антибиотиков,
б) введение сульфаниламидных препаратов,
в) постельный режим,
г) иссечение фурункула,
д) кварцевое облучение.
4. Профилактика послеоперационных нагноений:
а) обработка операционного поля,
б) обработка рук персонала
в операционной,
в) правильный режим вентиляции,

г) адекватное обезболивание,
д) контроль за стерильностью операционного белья.
5. Показаниями
к дренированию брюшной полости при перитоните являются:
а) поражение брюшины
и кишечника туберкулезом,
б) гнилостно-анаэробный характер инфекции,
в) наличие некротических очагов, которые не могут быть удалены во время операции,
г) невозможность удаления или надежной перитонизации первичного источника перитонита,
д) поздние фазы разлитого перитонита с тяжелыми изменениями
брюшины
и обильного выделения гноя.
6. Осложнениями карбункула являются:
а) сепсис,
б) сахарный диабет,
в) лимфаденит,
г) лимфангоит,
д) гнойный менингит.
7. При консервативном лечении острого тромбофлебита рекомендуется:
а) покой,
б) антикоагулянты,
в) возвышенное положение конечности,
г) новокаиновая блокада,
д) рентгенотерапия.
8. При запущенных паротитах возможны следующие опасные для жизни осложнения:
а) аррозивное кровотечение,
б) медиастенит,
в) остеомиелиты,
г) глубокая флегмона шеи,
д) флегмона окологлоточного пространства.
9. Лимфаденит, как вторичный воспалительный процесс,
встречается при:
а) панарициях,
б) туберкулезе, в) мастите,
г) остеомиелите, д) столбняке.
10. Лечебные мероприятия при начальной форме серозной
стадии острого мастита:
а) разрез,
б) предупреждение застоя молока сцеживание или отсасывание
(кормление ребенка молоком),

в) подвешивание молочной железы косыночной повязкой,
г) антибактериальная терапия,
д) ретроградная пенициллин-новокаиновая блокада.
11. Для острого тромбофлебита поверхностных вен характерны:
а) болезненность по ходу вен,
б) уплотнение по ходу вен,
158 159
в) выраженный отёк конечности,
г) гиперемия кожи,
д) анемия.
12. Осложнением подкожного панариция третьего пальца кисти может быть:
а) сухожильный панариций,
б) костный панариций,
в) суставный панариций,
г) флегмона кисти,
д) флегмона предплечья.
13. Симптомы, характерные для гнойного мастита:
а) боль,
б) припухлость,
в) краснота,
г) шелушение кожи вокруг сосков,
д) повышение температуры.
14. Лечебные мероприятия при эритематозном рожистом
воспалении, локализующемся на голени:
а) сульфаниламиды внутрь,
б) пенициллин внутримышечно,
в) десенсибилизирующая терация (хлористый кальций
и
т.д.),
г) ультрафиолетовое облучение очага поражения,
д) теплые ванны с марганцевокислым калием.
15. Лечебные мероприятия при фурункуле:
а) протирание окружающей кожи 70 % спиртом,
б) при наличии некротических масс – выдавливание фурункула
и
повязка с гипертоническим раствором соли,
в) обкалывание пенициллином с новокаином воспалительного
инфильтрата,
г) сульфаниламидные препараты внутрь,
д) ультрафиолетовое облучение фурункула.
16. Клиническими симптомами абсцесса являются:
а) припухлость, б) гиперемия кожи, в) флюктуация,
г) крепитация,

д) высокая температура тела.
17. Абсцессы могут локализоваться:
а) в печени,
б) в легком,
в) в брюшной полости,
г) в миокарде,
д) в головном мозгу.
18. Абсцессы легких являются осложнением следующих заболеваний:
а) крупозных
и гриппозных пневмоний,
б) ингаляции паров соды,
в) аспирации инородных тел,
г) различных гнойных заболеваний
в других участках тела,
д) открытых травматических повреждений легких.
19. Лимфаденит, как вторичный воспалительный процесс
встречается при:
а) туберкулезе, б) панариции,
в) мастите,
г) столбняке,
д) остеомиелите.
20. Для острого тромбофлебита глубоких вен конечности характерны:
а) резкие боли,
б) повышение температуры,
в) отёк конечности,
г) цианоз слизистых оболочек,
д) гиперемия кожи по ходу вены.
21. Причины, способствующие развитию тромбофлебита:
а) наличие инфекции,
б) понижение свертываемости крови,
в) антикоагулянты,
г) замедление тока крови по венам,
д) повреждение интимы сосуда.
160 161
22. При консервированном лечении острого тромбофлебита рекомендуется:
а) покой,
б) возвышенное положение конечности,
в) антикоагулянты,
г) новокаиновая блокада,
д) рентгенотерапия.
23. При тромбофлебите поверхностных вен голени рекомендуется:
а) бутадион,
б) ходьба,

в) строгий постельный режим,
г) бинтование ног эластичными бинтами,
д) возвышенное положение конечности.
24. Клиника маститов при учете стадии процесса делится на
следующие фазы:
а) серозная, начальная,
б) пузырчатая,
в) абсцедирующая,
г) флегмонозная,
д) гангренозная.
25. При запущенных паротитах возможны следующие опасные для жизни осложнения:
а) аррозивное кровотечение,
б) флегмона окологлоточного пространства,
в) глубокая флегмона шеи,
г) медиастенит,
д) остеомиелиты.
26. Различают следующие формы рожи:
а) эритематозная, б) буллезная, в) эмфизематозная,
г) флегмонозная, д) некротическая.
27. При карбункуле шеи показаны следующие лечебные мероприятия:
а) согревающий компресс с мазью Вишневского,
б) антибиотики внутримышечно,
в) сульфаниламидные препараты внутрь,
г) витаминотерапия,
д) ультрафиолетовое облучение карбункула.
28. Предрасполагающими причинами к возникновению фурункулеза являются:
а) сердечно-сосудистая слабость,
б) истощение,
в) тяжелые общие заболевания,
г) болезни обмена веществ,
д) авитаминоз.
29. Осложнениями карбункула являются:
а) лимфангит, б) лимфаденит, в) сепсис,
г) сахарный диабет, д) гнойный менингит.
30. Как осложнение карбункула отмечаются:
а) прогрессирующий тромбофлебит,
б) шок,
в) лимфангит,
г) лимфаденит,
д) сепсис.
31. Лечение фурункула верхней губы:

а) постельный режим,
б) введение антибиотиков,
в) введение сульфаниламидных препаратов,
г) иссечение фурункула,
д) кварцевое облучение.
32. Проникновение гнойных микроорганизмов в ткани вызывает реакцию, которая проявляется в:
а) артериальной гиперемии,
б) венозном стазе с образованием отёка,
162 163
в) появлении болей,
г) остром повышении температуры,
д) потери чувствительности.
33. Что из указанного применяют для лечения карбункула лица?
а) жидкий стол,
б) антибиотики
и сульфаниламиды,
в) кварцевое облучение,
г) иссечение карбункула,
д) местное применение кристаллов салициловой кислоты.
34. Для лечения острого тромбофлебита применяются:
а) согревающий компресс,
б) антибиотики,
в) викасол,
г) возвышенное положение конечности,
д) антикоагулянты.
35. Лечебные мероприятия при начальной форме серозной
стадии острого мастита:
а) разрез,
б) предупреждение застоя молока (кормление ребенка, сцеживание или отсасывание молокоотсосом),
в) подвешивание молочной железы косыночной повязкой,
г) антибактериальная терапия,
д) ретромаммарная пенициллин-новокаиновая блокада.
36. Успех предупреждения гнойных заболевания зависит от:
а) правильной организации работы хирургического блока стационара,
б) правильной организации работы хирургического блока поликлиники,
в) преемственности лечения больных
в стационаре
и поликлинике,
г) характера поврежденной ткани,
д) размещения хирургических блоков
в помещениях с соответствующими санитарно-гигиеническими условиями.

ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
КОСТЕЙ
И СУСТАВОВ

Подчеркните правильный ответ

1. Теория сенсибилизации организма, как основная причина возникновения остеомиелита, предложена:
а) Павловым,
б) Рейно,
в) Ухтомским,
г) Дерижановым, д) Лексером.

2. Остеомиелитом называется:
а) воспаление компактной части кости,
б) воспаление надкостницы,
в) воспаление хряща,
г) воспаление костного мозга
и кости,
д) воспаление надкостницы
и мышечной ткани.

3. Хронический остеомиелит может дать осложнения:
а) воздушная эмболия,
б) контрактура суставов,
в) патологический перелом,
г) цирроз печени с спленомегалией,
д) хронический амилоидоз почек.

4. Рентгенологические ранние признаки острого остеомиелита:
а) наличие тотального остеосклероза,
б) наличие костных полостей различных величин,
в) наличие разнокалиберных секвестров,
г) наличие остеопороза отслоением надкостницы,
д) накопление жидкости
в полости суставов.

5. Остеомиелит вызывается следующими микробами:
а) стрептококком,
б) стафилококком,
в) пневмококком,
г) брюшнотифозной палочкой,
д) анаэробной инфекцией.

6. По анатомическому принципу выделяют следующие виды панариций:
а) кожный,
б) подкожный,
в) сухожильный,

г) костный,
д) сосудистый.
7. Эмболическая теория возникновения гематогенного остеомиелита предложена:
а) Пливерсом,
б) Давыдовским, в) Лексером,
г) Ухтомским,
д) Дерижановым.
8. Какие поздние опасности
и осложнения появляются при
остром гематогенном остеомиелите?
а) хронический гепатит,
б) хронический остеомиелит,
в) плоскостопие,
г) миозиты,
д) артрит.
9. Паронихией называется:
а) воспаление фаланговых костей пальцев,
б) воспаление сухожильных влагалищ,
в) воспаление межфаланговых суставов,
г) воспаление околоногтевого ложа,
д) воспаление всех тканей пальца.
10. Больному с запущенным гнойным подкожным панарицием третьего пальца правой кисти
в срочном порядке необходимо
следующее лечение:
а) компрессы,
б) повязки с мазью Вишневского,
в) ванночки с марганцевым калием,
г) вскрытие
и дренирование очага воспаления,
д) введение внутривенно пенициллина.
11. Какие ранние симптомы острого остеомиелита появляются?
а) нарушение функции пораженной конечности,
б) отечность конечности,
в) появление
в расширенных венах болезненности,
г) наличие костной боли распирающего характера,
д) наличие гиперемии кожных покровов.
12.
В каких случаях остеомиелита производят операцию поднадкостничной резекции кости?
а) при остеомиелитической флегмоне,

б) поднадкостничном абсцессе,
в) свищевой форме остеомиелита с образованием коркового секвестра,
г) тотальном поражении костной ткани,
д) абсцессе Броди.
13. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается
у:
а) взрослых,
б) пожилых,
в) детей
и подростков мужского пола,
г) детей
и подростков женского пола,
д) пол
и возраст не влияют.
14. Основная сторона острого гематогенного остеомиелита
и реактивность организма были освещены
в работах:
а) Лекснера,
б) Дерижанова, в) Генке,
г) Гринева.
15. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается:
а) эпифиз,
б) метафиз,
в) эпифизарный хрящ,
г) диафиз.
16. Укажите первично-хроническую форму гематогенного остеомиелита:
а) тифоидный остеомиелит,
б) абсцесс Броди,
в) артрит,
г) сифилис костей,
д) туберкулез кости.
166 167
17. Ранним рентгенологическим признаком острого гематогенного остеомиелита является:
а) облитерация костномозгового канала,
б) секвестральный гроб,
в) периостит,
г) оссифицирующий миозит,
д) остеосклероз.
18. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится все, роме:
а) болей в конечности,
б) общего недомогания,

в) озноба,
г) высокой температуры,
д) флегмоны подкожной клетчатки.
19. Одним из мероприятий успешного лечения является:
а) массаж конечности,
б) активные движения в суставах конечности,
в) скелетное вытяжение,
г) иммобилизация конечности гипсовой повязкой,
д) наложение согревающего компресса.
20. Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита?
а) массаж, лечебная физкультура,
б) введение антибиотиков,
в) переливание крови,
г) введение витаминов,
д) создание функционального покоя пораженной области.
21. Какое осложнение не является характерным для острого гематогенного остеомиелита?
а) патологический перелом,
б) гангрена конечности,
в) сепсис,
г) поднадкостничный абсцесс,
д) межмышечная флегмона.
22. Для пломбировки секвестральной полости при хроническом остеомиелите не применяется:
а) хрящ,
б) подкожная жировая клетчатка,
в) спонгиозная масса кости,
г) мышца,
д) кровяной сгусток.
23. Причины анемии после операции:
а) гемолиз,
б) кровотечение,
в) пневмоторакс,
г) нарушение перистальтики,
д) дыхательная недостаточность.
24. Панарицием называется гнойное воспаление:
а) околоушной слюнной железы,
б) волосяного фолликула,
в) лимфатических узлов,
г) околоногтевого валика,
д) тканей пальца.
25. Какие поздние опасности и осложнения появляются при

остром гематогенном остеомиелите?
а) хронический гепатит,
б) хронический остеомиелит,
в) плоскостопие,
г) миозиты,
д) артрит.
26. Что называется острым остеомиелитом?
а) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей,
б) гнойное воспаление суставной сумки,
в) туберкулезное поражение позвонков,
г) гнойное воспаление костного мозга,
д) специфическое воспаление костной ткани.
168 169
27. Какая операция выполняется
в ранние сроки при
остром остеомиелите?
а) вскрытие флегмоны,
б) рассечение надкостницы,
в) трепанация костномозговой полости,
г) секвестрэктомия,
д) костная пластика.
28. Пандактилитом называют гнойное воспаление:
а) ладонной поверхности кисти,
б) тканей подошвы стопы,
в) межфаланговых тканей,
г) всех тканей пальца,
д) сухожильных влагалищ пальцев.
29. Панарицием называется гнойное воспаление:
а) околоушной слюнной железы,
б) волосяного фолликула,
в) лимфатических узлов,
г) тканей пальца,
д) околоногтевого валика.
30. Флегмона пространства Пирогова развивается при:
а) подногтевом панариции II пальца,
б) подкожном панариции III пальца,
в) сухожильном панариции IV пальца,
г) тендовагините I
и V пальцев,
д) кожных панарициях пальцев.
30. Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за болей. Ваша тактика при лечении такого больного?
а) спиртовые ванночки,

б) повязка с мазью Вишневского,
в) УВЧ,
г) внутривенно пенициллин,
д) разрез.
32. Паронихией называется:
а) воспаление всех тканей пальца,
б) воспаление околоногтевого валика,
в) воспаление межфаланговых суставов,
г) воспаление сухожильных влагалищ,
д) воспаление фаланговых костей пальцев.
33. Где развивается паронихия?
а) спина,
б) лицо,
в) палец,
г) нос,
д) подмышечная впадина.
34.
У-образная флегмона кисти развивается при распространении инфекции с сухожильного влагалища следующих пальцев:
а) с 1 на 3,
б) с 1 на 4
в) с 1 на 5,
г) с 2 на 4,
д) с 2 на 3.
35. При подкожном панариции вследствие быстрого нарушения кровообращения выявляются следующие симптомы:
а) кожные покровы пальца черного цвета,
б) кожный зуд,
в) пульсирующая боль.
36. При костном панариции рентгенологические признаки
выявляются на:
а) 1–2 сутки,
б) первой неделе,
в) второй
–третьей неделе.
37. Хирургическое лечение сухожильного панариция нужно
начинать с:
а) иммобилизации,
б) удаления секвестра,
в) инцизии – вскрытия,
г) пункции.
170 171
Подчеркните неправильный ответ

1. Хронический остеомиелит может дать осложнение:
а) патологический перелом,
б) воздушную эмболию,
в) контрактуру суставов,
г) амилоидоз внутренних органов,
д) свищи с гнойным отделяемым.
2. Остеомиелит вызывается следующими микробами:
а) стафилококком,
б) стрептококком,
в) анаэробной инфекцией,
г) пневмококком,
д) брюшнотифозной палочкой.
3.
К первичному хроническому остеомиелиту относится:
а) абсцесс Броди,
б) гематогенный остеомиелит,
в) альбуминозный остеомиелит Оллье,
г) склерозирующий остеомиелит Гарре,
д) тиффозный остеомиелит.
4. Применяют следующие виды оперативного лечения остеомиелита:
а) лампасные разрезы
в кости,
б) вскрытие остеомиелитической флегмоны,
в) рассечение надкостницы,
г) трепанация костномозговой полости,
д) секвестроэктомия.
5. По анатомическому принципу выделяют следующие
виды панариции:
а) кожный,
б) подкожный,
в) сухожильный,
г) костный,
д) сосудистый.
6. Применяют следующие виды оперативного лечения остеомиелита:
а) лампасные разрезы кожи,
б) вскрытие остеомиелитической флегмоны.
в) рассечение надкостницы,
г) трепанация костномозговой полости,
д) секвестрэктомия.

ОБЩАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ
(СЕПСИС)

Подчеркните правильный ответ
1. Сепсис – это:

а) острая специфическая инфекция,
б) хроническая специфическая инфекция,
в) общая гнойная инфекция,
г) анаэробная инфекция,
д) местная гнойная инфекция.
2. Какие изменения происходят
в крови при сепсисе?
а) лейкопения,
б) повышение протромбина крови,
в) гипопротеинемия,
г) эритроцитоз,
д) замедление СОЭ.
3. Пиемией называется:
а) интоксикация продуктами жизнедеятельности бактерий,
б) гемолиз эритроцитов,
в) бактериемия,
г) появление гноя
в крови,
д) появление метастатических гнойников.
4. Классифицируя сепсис
в связи с характером реакции организма больного, выделяют:
а) молниеносный,
б) острый,
в) рецидивирующий,
г) гиперергическую форму,
д) хронический.
172 173
5. Для септицемии характерен следующий вид температурной кривой:
а) субфебрильная,
б) гектическая,
в) постоянная лихорадка,
г) субнормальная,
д) возвратная лихорадка.
Подчеркните неправильный ответ
1. При лечении сепсиса применяют:
а) антибиотики,
б) переливание крови,
в) операцию замещения крови,
г) иммунодепрессанты,
д) введение внутривенно хлористого кальция.
2. Тяжесть септического процесса зависит от:
а) вирулентности микробов,
б) реактивности организма,

в) возраста больного,
г) характера
и объема разрушений тканей;
д) пола больного.
3. Следующие повреждения
и заболевания могут осложниться сепсисом:
а) отрытые травмы мягких тканей, костей, органов
и полостей,
б) операционные раны,
в) закрытые переломы, сопровождающиеся шоком,
г) местные гнойные процессы,
д) не выявленные очаги инфекции.
4. Различают следующие формы сепсиса:
а) молниеносную,
б) хроническую,
в) метастатическую,
г) некротическую,
д) рецидивирующую.
5. Кровь на бактериальный посев при сепсисе необходимо забирать:
а) при нормальной температуре тела больного,
б) при ознобе
и на высоте температурной реакции,
в) сразу же после спада температуры,
г) через 6–15 часов после отмены антибиотиков,
д) только при появлении антибиотиков.
6. Развитию геморрагического синдрома при сепсисе способствует:
а) активация фибринолитической системы,
б) снижение свертываемости крови,
в) повышение проницаемости капилляров.
7. Септический шок обусловлен:
а) прорывом гнойника
в полость,
б) массивным поступлением микробов
и их токсинов
в кровь,
в) сочетанием кровопотери
и сепсиса,
г) внезапным иммунодефицитом.
8. Все ли названные симптомы сепсиса являются специфическими: высокая температура, озноб, бактериемия, потливость, истощение?
а) да,
б) нет.
9.

К возбудителям хирургического сепсиса не относятся:
а) кишечная палочка,
б) гемолитический стрептококк,
в) золотистый стафилококк,
г) протей,
д) синегнойная палочка.
10. Источником хирургического сепсиса может быть все,
кроме:
а) глубокого ожога,
б) закрытого перелома,
в) раны,
г) карбункула лица,
д) перитонита.
174 175
11. Что здесь неправильно, если не говорить
о клинической
классификации сепсиса?
а) острый,
б) молниеносный,
в) рецидивирующий,
г) послеоперационный,
д) криптогенный.
12. Какие лечебные мероприятия не могут быть рекомендованы при сепсисе?
а) вскрытие гнойного очага,
б) введение антибиотиков,
в) ограничение введения жидкостей,
г) переливание крови,
д) витаминотерапия.
13. Что из указанного способствует развитию сепсиса?
а) сахарный диабет,
б) гипертоническая болезнь,
в) акромегалия,
г) бронхиальная астма,
д) кардиосклероз.
14. Что является наиболее важным при лечении сепсиса?
а) строгий постельный режим,
б) тщательный сбор анамнеза,
в) лечение сопутствующего заболевания,
г) ликвидация первичного очага,
д) выявление наследственного фактора.
15. Что менее характерно для сепсиса?
а) тахикардия,
б) лейкоцитоз,

в) анурия,
г) повышение температуры тела,
д) наличие гнойного очага.
16.
К осложнениям сепсиса не относят:
а) пневмонию,
б) пролежни,
в) тромбоэмболию,
г) кахексию,
д) геморрагии.

АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Подчеркните правильный ответ

1. При каком ранении наиболее вероятность анаэробной инфекции?
а) закрытом переломе,
б) спортивной травме,
в) сельскохозяйственной травме,
г) операционной травме,
д) переливании иногруппной крови.
2. По клиническому течению
и анатомическому строению
выделяют следующие формы газовой гангрены:
а) молниеносная, б) эпифасциальная, в) острая,
г) хроническая, д) субфасциальная.
3. При подозрении на анаэробную инфекцию раны, необходимо произвести:
а) первичную хирургическую обработку раны с наложением швов,
б) первичную хирургическую обработку раны без наложения шва,
в) пересадку кожи,
г) облучение кожи кварцем,
д) наложение жгута.
4. При анаэробной инфекции для обработки
и орошения
ран применяются:
а) водный раствор Люголя,
б) карболовая кислота,
в) раствор перекиси водорода,
г) раствор гебитана,
д) раствор муравьиной кислоты.
5. Какие условия являются оптимальными для лечения анаэробной инфекции:
а) лечение
в управляемой абактериальной среде,
б) проточное промывание раны,
в) лечение мазевыми повязками,
г) энзимотерапия,

д) гипербарическая оксигенация.
176 177
6. Для лечения анаэробной инфекции наиболее эффективно:
а) введение метрагила,
б) энзимотерапия,
в) аутогемотерапия,
г) введение муравьиной кислоты,
д) электрическая дефибрилляция.
7. По клиническому течению различают следующие формы
газовой гангрены:
а) острый быстро прогрессирующий,
б) хронический,
в) резко выраженный,
г) стертая форма,
д) с потерей сознания.
8. Какова профилактическая доза антигангренозной сыворотки?
а) 5000 АЕ,
б) 20000 АЕ,
в) 30000 АЕ,
г) 50000 АЕ,
д) 300000 АЕ.
9. При подозрении на газовую инфекцию раны следует произвести:
а) первичную хирургическую обработку раны с наложение швов,
б) первичную хирургическую обработку раны с рассечением
и
иссечением ткани без наложения швов,
в) наложение жгута,
г) тугую тампонаду раны,
д) облучение раны кварцем.
10.
К специфическому лечению газовой гангрены относятся:
а) ранняя первичная хирургическая обработка раны,
б) вторичная хирургическая обработка раны,
в) введение антигангренозной сыворотки,
г) энергичная дезинтоксикационная терапия введением жидкости,
д) введение больших доз антибиотиков.
11.
В каких дозах надо вводить антигангренозную сыворотку
для лечения анаэробной инфекции?
а) 5000 АЕ,
б) 1000 АЕ,
в) 30000 АЕ,
г) 300000 АЕ,

д) 500000АЕ.
Подчеркните неправильный ответ
1. Основными симптомами газовой гангрены являются:
а) боли
в ране,
б) чувство распирания
в ране,
в) клонические
и тонические судороги,
г) ощущение тесноты повязки,
д) крепитация
в подкожно-жировой клетчатке.
2. Различают следующие формы газовой гангрены:
а) отечную,
б) эмфизематозную, в) буллёзную,
г) некротическую, д) флегмонозную.
3. Для лечения газовой гангрены применяют:
а) широкое рассечение тканей,
б) антигангренозную сыворотку,
в) лигатуру по Мельникову,
г) орошение раны марганцевокислым калием,
д) антибиотики.
4. Местные симптомы газовой гангрены:
а) боль
в ране,
б) наличие демаркационной линии,
в) отёк тканей,
г) крепитация,
д) мраморность кожи.
5. Оперативное лечение газовой гангрены может быть произведено следующими способами:
а) широкими, множественными рассечениями тканей по всей
длине конечности,
б) вскрытием всех очагов инфекции
и удалением омертвевших
тканей без наложения швов,
в) гильотинной ампутацией без наложения швов,
г) ампутацией конечности с наложением швов на рану,
д) ампутацией с рассечением культи
в особо запущенных случаях.
178 179
6. Возбудителями газовой гангрены являются:
а) клостридиум тетани,

б) клостридиум перфрингенс,
в) клостридиум гистолитикус,
г) клостридиум едематикус,
д) клостридиум септикус.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ (СТОЛБНЯК)

Подчеркните правильный ответ

1. Кто впервые выделил чистую культуру возбудителя столбняка?
а) Гиппократ,
б) Федоров,
в) Пирогов,
г) Китасато,
д) Монастырский.

2. Абсолютными показаниями для введения противостолбнячной сыворотки являются:
а) закрытый перелом ключицы,
б) спонтанный пневмоторакс,
в) колотая рана,
г) вывихи,
д) флегмоны.

3. Куда вводится противостолбнячная сыворотка при наличии признаков столбняка?
а) внутрикожно,
б) внутрибрюшинно,
в) внутримышечно,
г) внутрикостно,
д) внутриартериально.

4. Где и при какой температуре хранят противостолбнячную сыворотку?
а) в термостате + 20–22 ˚С,
б) под водой +18–20 ˚С,
в) в комнате +16–18 ˚С,
г) в термосе + 10–14 ˚С,
д) в холодильнике +8–4˚С.

5. С профилактической целью вводят следующее количество противостолбнячной сыворотки:
а) 500 единиц,
б) 3000 единиц, в) 15000 единиц,
г) 300000 единиц, д) 150000 единиц.

6. По клиническому течению различают следующие формы столбняка:
а) острый,
б) хронический,

в) резко выраженный,
г) стертая форма,
д) с потерей сознания.
7. Инкубационный период столбняка продолжается:
а) несколько часов, б) от 1 до 65 дней, в) 3–4 месяца,
г) до 1 года,
д) больше 1 года.
8.
К острой специфической инфекции относятся:
а) столбняк,
б) сибирская язва, в) бешенство,
г) дифтерия ран, д) сепсис.
9.
К специфической профилактике столбняка относятся следующие лечебные мероприятия:
а) первичная хирургическая обработка раны,
б) введение противостолбнячной сыворотки,
в) введение протистолбнячного анатоксина,
г) реинммунизация анатоксином,
д) одновременное введение анатоксина
и сыворотки.
Подчеркните неправильный ответ
1. Ранние клинические симптомы столбняка:
а) головная боль, б) потливость,
в) опистотонус,
г) слабость,
д) боли
в области раны.
180 181
2. Основные задачи комплексного лечения столбняка:
а) уменьшение поступления
и нейтрализации токсина,
б) устранение судорог,
в) введение больших доз столбнячного анатоксина,
г) постоянное врачебное наблюдение
и готовность устранить
дыхательные
и сердечно-сосудистые расстройства,
д) профилактика вторичных осложнений.
3. Характерными симптомами столбняка являются:
а) тризм жевательных мышц,
б) распирающие боли
в ране,

в) сардоническая улыбка,
г) опистотонус,
д) тонические
и клонические судороги.
4.
В основу лечения столбняка положено решение следующих основных задач:
а) тонизировать центральную нервную систему назначением
стрихнина
и прозерина,
б) уменьшить поступление
в организм столбнячного токсина,
в) прекратить судороги,
г) поддержать сердечную деятельность,
д) нейтрализовать имеющийся
в организме токсин.
5. Противостолбнячная сыворотка вводится при:
а) ушибленных ранах,
б) огнестрельных ранах,
в) грыжесечениях,
г) открытых переломах,
д) удалении инородных тел.
6.
К острой специфической инфекции относятся:
а) столбняк,
б) сибирская язва, в) бешенство,
г) дифтерия ран, д) сепсис.
7.
В противосудорожной терапии столбняка применяются
следующие препараты:
а) новокаин,
б) диплацин,
в) дитилин,
г) аминазин,
д) хлоралгидрат.
8.
К специфической профилактике столбняка относятся следующие лечебные мероприятия:
а) первичная хирургическая обработка раны,
б) введение противостолбнячной сыворотки,
в) введение противостолбнячного анатоксина,
г) реиммунизация анатоксином,
д) одновременное введение анатоксина
и сыворотки.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ
Подчеркните правильный ответ
1.
У больного с туберкулезным кокситом образовался натечный абсцесс на бедре. Какова лечебная тактика при этом?
а) разрез
и тампонада полости абсцесса антисептическими средствами,
б) пункция абсцесса, отсасывание гноя
и введение
в полость абсцесса антибиотиков,
в) компресс с мазью Вишневского на область абсцесса,
г) ультрафиолетовое облучение области абсцесса,
д) рентгенотерапия области абсцесса.
2. Для костно-суставного туберкулеза характерны следующие признаки:
а) остеопороз,
б) небольшие секвестры округлой формы, напоминающие кусочек тающего сахара,
в) расширение суставной щели,
г) периостит,
д) анкилоз.
3. Что отличает туберкулез костей от остеомиелита?
а) преимущественное поражение
в детском возрасте,
б) изменение реакции оседания эритроцитов,
в) образование свищей,
г) поражение эпиметафиза костей,
д) нарушение функций пораженной конечности.
182 183
4. Туберкулезный лимфаденит чаще всего развивается
в:
а) паховых железах,
б) подмышечных железах,
в) мензентериальных железах,
г) шейных железах,
д) подколенных железах.
5. Симптом вожжей является ранним клиническим признаком при:
а) туберкулезном коксите,
б) туберкулезном гоните,
в) туберкулезном спондилите,
г) туберкулезе лимфатических узлов,
д) туберкулезе кишечника.
6. При какой форме туберкулеза образуется «белая опухоль»?
а) экссудативной форме,

б) фунгозной форме,
в) костной форме,
г) при синовиите,
д) панартрите.
Подчеркните неправильный ответ
1. Поздними симптомами туберкулеза суставов являются:
а) эмпиема сустава
и свищи,
б) укорочение конечности,
в) слоновость,
г) холодные гнойники,
д) патологические вывихи.
2.
В комплекс лечения туберкулеза костей
и суставов входит:
а) оперативное лечение,
б) санаторное лечение,
в) иммобилизация,
г) кварцевое облучение очага поражения,
д) химиотерапия.
3.
К хронической специфической инфекции относятся:
а) туберкулез,
б) сифилис,
в) столбняк,
г) актиномикоз, д) остеомиелит.
4. Клиническое течение туберкулеза суставов зависит от:
а) периода болезни
и характера пораженного сустава,
б) типа местной реакции,
в) наличия или отсутствия осложнения,
г) от пола,
д) от возраста
и общего состояния больного.
5. Местными симптомами туберкулеза сустава являются:
а) атрофия конечности,
б) деформация сустава,
в) припухлость сустава,
г) боль
в суставе
и нарушение его функции,
д) высокая температура тела.
6. Лечение спондилита:

а) укладывание больного
в гипсовую кроватку,
б) антибактериальная терапия (стрептомицин, фтивазид, паск
и др.),
в) остеопластические операции,
г) физиотерапевтические методы лечения,
д) общее лечение, направленное на повышение сопротивляемости организма.
7.
К хирургическому туберкулезу относится:
а) костно-суставный туберкулез,
б) инфильтративный туберкулез легких,
в) туберкулез лимфатических узлов,
г) туберкулез серозных оболочек (брюшина, плевра, мозговые
оболочки),
д) туберкулез желудка
и кишечника.
184 185
ОМЕРТВЕНИЯ
(НЕКРОЗЫ, ГАНГРЕНЫ, СВИЩИ)
Подчеркните правильный ответ
1. Тромбоз вен нижних конечностей может дать эмболию
в:
а) сосуды мозга,
б) систему коронарных сосудов
и вен,
в) легочные артерии,
г) легочные вены,
д) артерии почек
и печени.
2. При тромбозах вен развиваются следующие осложнения:
а) остеомиелит, б) лимфангит, в) ползучая флегмона,
г) отек мягких тканей, д) анаэробная гангрена.
3. Причиной гангрены нижней конечности может быть:
а) тромбофлебит подкожных вен,
б) длительно незаживающие язвы,
в) облитерирующий эндартериит,
г) слоновость,
д) воспаление лимфатических узлов.
4. Облитерирующий эндартериит
в фазе спазма магистральных сосудов может дать следующие осложнения:
а) лимфангит,
б) тромбофлебит, в) слоновость,
г) абсцесс,

д) рожистое воспаление.
5. Перенос тромба с током крови называется:
а) тромбозом,
б) эмболией,
в) облитерирующим эндартериитом,
г) спазмом сосудов,
д) гангреной.
6. Ампутация конечности абсолютно показана при:
а) трофической язве, б) остеомиелите, в) гангрене,
г) тромбофлебите, д) флегмоне.
7. Жировая эмболия может быть осложнением:
а) переломов костей,
б) ранения вен,
в) переливания крови,
г) внутривенных вливаний,
д) полостных операций.
8. Клиника тромбоза артерии:
а) резкое ухудшение общего состояния с наличием болевого шока,
б) резкое ухудшение состояния с явлениями эйфории,
в) резкое возбуждение,
г) высокое артериальное давление,
д) гиперемия конечности.
9. Почему возникают трофические нарушения тканей при заболеваниях артерий?
а) нарушение нервной регуляции,
б) снижение содержания сахара
в крови,
в) нарушение терморегуляции,
г) гипоксия тканей,
д) нарушение обмена железа.
10. Клиника тромбоэмболии:
а) клиника очень яркая, начало острое, невыносимые боли,
б) начало медленное с отсутствием болей,
в) посинение конечностей,
г) часты пульс,
д) проливной пот ниже окклюзии.
11. Тромбоз вен нижних конечностей осложняется:
а) эмболией головного мозга,
б) эмболией легочной артерии,
в) эмболией коронарных сосудов,
г) эмболией легочной вены,
д) эмболией артерий почек
и селезенки.

12. Лечение язвы – общее лечить основные причины язвы:
а) лечить сифилис,
б) лечить туберкулез,
186 187
в) лечить рак кожи,
г) лечить варикозное расширение вен,
д) лечить тромбоэмболию.
13. Латинские названия язвы:
а) punctum,
б) morsum,
в) laceratum,
г) ulcus,
д) ulcusincisium.
14. Что необходимо дать больному с кишечными свищами,
чтобы определить уровень расположения свища?
а) бриллиантовую зелень,
б) метиленовую синь,
в) барий,
г) теплую воду,
д) пищевую соду.
15. Как определить глубину
и направление свища
в тканях?
а) фиброгастроскопией,
б) фистулографией,
в) дактилоскопией,
г) антропометрией,
д) микроскопией.
16. Этиология гангрены нижней конечности:
а) лимфангит,
б) слоновость,
в) варикозное расширение вен голени,
г) трофические язвы,
д) облитерирующий эндартериит.
17. Причины образования язвы:
а) длительное прикладывание на кожу мази: 1) фурацилиновой;
2) синтомициновой,
б) острая тромбоэмболия плечевой артерии,
в) острый флеботромбоз подвздошной вены,
г) хронический тромбофлебит нижней конечности,
д) остеомиелит.
18. Почему с повышением возраста
у людей происходит постепенная закупорка артерий?

а) нарушение вязкости крови,
б) повышение сахара
в крови,
в) развитие атероматозных бляшек,
г) нарушение функции почек,
д) нарушение венозного тромбоза.
19. Отчего возникают трофические нарушения тканей при заболеваниях вен?
а) недостаток гемоглобина крови,
б) снижение сахара
в крови,
в) нарушение нервной регуляции тканей,
г) артериальная гипертензия,
д) венозная гипертензия.
20. При тромбозах вен нижних конечностей развиваются осложнения, как:
а) лимфангит,
б) флегмона,
в) абсцесс,
г) отек мягких тканей – гидремия,
д) гангрена анаэробная.
21. Причины язвы:
а) причины язвы тождественны с этиологией некрозов
и гангрен:
нарушение трофики,
б) при длительном течении двухсторонних пневмоний,
в) при тяжелом течении перикардита, эндокардита
и миокарда,
г) при сочетании ревматического артрита с бруцеллезным,
д) при осложненной форме паротита (флегмона подчелюстной области).
22. Причина влажной гангрены:
а) при тромбозе артериальных сосудов,
б) у больных с отеком конечности (пастозных),
в) при наличии инфекции,
г) при наличии гнилостной
и анаэробной инфекции,
д) при обширных ожогах.
188 189
23. При тромбозе мезентеральных артерий что произойдет с кишечником?
а) внутреннее кровотечение,
б) нарушение ритма сердца,

в) нарушение дыхания,
г) гангрена кишечника,
д) диабетическая кома.
24. При тромбозе вен нижних конечностей может быть:
а) панариций,
б) остеомиелит,
в) парапроктит,
г) отек мягких тканей конечности,
д) рожистое воспаление кожи.
25. При каком виде гангрены более выражена общая интоксикация?
а) сухой,
б) влажной,
в) низкой,
г) высокой,
д) ожоговой.
26. Причина смерти при острой влажной гангрене конечностей:
а) нарушение потоотделения,
б) острая почечная недостаточность,
в) отторжение тканей,
г) нарушение чувствительности,
д) нарушение питания.
27. Когда нужно производить ампутацию при сухой гангрене конечности?
а) при появлении шелушения кожи,
б) при покраснении кожи,
в) при появлении демаркационной линии,
г) при появлении язвы,
д) при снижении артериального давления.
Подчеркните неправильный ответ
1. Профилактика тромбоэмболических осложнений после
операции состоит
в следующих мероприятиях:
а) применение антикоагул
190 191
6.
В патогенезе омертвения играют роль:
а) прекращение притока артериальной крови,
б) резкое нарушение венозного кровотока,
в) местное воздействие едких щелочей
и кислот,
г) артериальный спазм,
д) прекращение кровоснабжения
в капиллярах.
7. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются:

а) повышенная зябкость ног,
б) некроз пальца стопы,
в) трофические нарушения ногтей пальцев стоп,
г) «полысение» волосяного покрова ног,
д) исчезновение периферической пульсации.
8. Влажная гангрена развивается
в результате:
а) быстрого нарушения кровообращения,
б) у полных
и пастозных больных,
в) при тромбозе подколенных вен,
г) в результате присоединения гнойной инфекции,
д) в результате облитерирующего эндартериита.
9. При отрыве тромба из ушка левого предсердия может возникнуть:
а) тромбоз сосудов головного мозга,
б) тромбоз легочной артерии,
в) тромбоз сосудов кишечника,
г) тромбоз сосудов верхних конечностей,
д) тромбоз сосудов нижних конечностей.
10. Симптомы влажной гангрены следующие:
а) отек конечности,
б) наличие демаркационного вала,
в) исчезновение пульсации на периферических сосудах,
г) мраморность кожи конечности,
д) появление выраженной венозной сети на коже конечности.
11. Расстройства кровообращения, приводящие
к некрозу
тканей
и органов, вызываются следующими причинами:
а) нарушением сердечной деятельности (тромбоэмболией),
б) длительным спазмом или облитерацией сосудов,
в) сдавлением сосудов опухолью, жгутом
и
т.п.,
г) нарушением свертывающей системы крови,
д) активным послеоперационным периодом.
12. Клиника тромбоза конечностей:
а) похолодание ног, мышечная слабость, резкая бледность,
б) через 1–2 часа мраморность
и снижение чувствительности кожи
до паховой области (при тромбоэмболии бифуркации аорты),
в) через 3–4 часа состояние улучшилось, конечность розовеет,
больной начинает ходить

и проситься домой,
г) через 2–3 часа движения отсутствуют при сгибании резкие
боли, непроизвольное мочеиспускание,
д) такое состояние (клиника) и при других случаях окклюзии.
13. Лечение язв – местное:
а) применяются мазевые повязки,
б) заниматься физкультурой,
в) пересадка кожи или десимпатизация,
г) флебэктомия с ликвидацией перфорантных вен,
д) гипербарическую оксигенацию.
14. Что такое язвы?
а) дефект кожи или слизистой оболочки,
б) также резкая способность
к регенерации, гипергрануляции,
в) имеющая хроническое течение,
г) малая наклонность
к заживлению,
д) возникает вследствие некроза ткани.
15. Что такое пролежни?
а) некроз или гангрена мягких тканей,
б) развиваются вследствие трофических расстройств,
в) нарушение кровообращения,
г) локализация
в наиболее выступающих частях тела,
д) наиболее богатое сосудами место.
192 193
16. Пролежни развиваются вследствие сдавливания кожи
и нарушения трофики на самых выступающих частях тела:
а) лопатке,
б) пояснице,
в) крестце,
г) пятках,
д) подбородке.
17. От левой половины сердца тромб может попасть
в:
а) головной мозг,
б) сосуды кишечника,
в) сосуды верхних
и нижних конечностей,
г) легочную артерию,
д) сосуды почек.
18.
К причинам нарушения кровообращения относятся:

а) тромбоз
и эмболия,
б) травматическое повреждение сосудов,
в) закупорка просвета сосудов интимой, паразитами,
г) все эти причины не нарушают трофику
и не приводят
к некрозу,
д) опухоль, туберкулез.
19.
К ранним симптомам облитерирующего эндартериита относятся:
а) утомление при ходьбе,
б) похолодание конечности,
в) парестезии,
г) перемежающаяся хромота,
д) местно высокая температура.
20. Профилактика пролежней:
а) подкладной круг,
б) протирание камфорным спиртом,
в) ультрафиолетовое облучение,
г) применение CO2 лазера,
д) активизация больного.
21. Для лечения тромбофлебита применяются:
а) согревающий компресс,
б) антибиотики,
в) викасол,
г) возвышенное положение больного,
д) антикоагулянты.
22. Перечислите виды свищей:
а) легочные
и бронхиальные, плевральные,
б) кишечные
и лигатурные,
в) свищи внутренние
и наружные,
г) полные
и неполные,
д) проникающие
и сквозные.
23. Лечение облитерирующего эндартериита:
а) симпатэктомия,
б) цинк-желатиновая повязка,
в) обезболивающие средства,
г) средства, расширяющие сосуды,

д) протезирование сосудов.
24. Признаки гангрены вследствие тромбоза артерии:
а) сильная боль,
б) гиперемия кожи,
в) потеря чувствительности,
г) мраморность кожи,
д) отсутствие пульса.
25. Вследствие чего наступает некроз участка кишечника при ущемленной грыже (найти правильный ответ)?
а) нарушение поступления сахара,
б) пережатие артерий брыжейки,
в) учащение жидкого стула,
г) нарушение ритма сердца,
д) наличие кишечного свища.

ОПУХОЛИ

Подчеркните правильный ответ
1. Укажите один из видов смешанной опухоли:
а) лимфангиома,
б) гемангиофиброма,
в) нейрофиброма,

г) тератома,
д) остеосаркома.
2. Что такое абластика?
а) состояние человека, не имеющего опухолевого заболевания,
б) состояние больного после того, как у него удалили злокачественную опухоль,
в) комплекс мер, предотвращающих рассеивание клеток опухоли после операции,
г) комплекс мер, предотвращающих рассеивание клеток опухоли во время операции,
д) отсутствие атипического строения клеток опухоли.
3. Какое из указанных средств находит применение во время операции по поводу рака с целью антибластики?
а) тиотеф, б) этиловый эфир, в) глюкоза,
г) новокаин, д) стрептомицин.
4. Укажите доброкачественную опухоль из соединительной ткани:
а) миома, б) папиллома, в) липома,
г) ангиома, д) невринома.
5. Рак – это злокачественная опухоль, развивающаяся из:
а) незрелой соединительной ткани,
б) лимфатических узлов,
в) кровеносных сосудов,

г) гладкой или поперечнополосатой мускулатуры,
д) покровного или железистого эпителия.
6. Какая из перечисленных опухолей относится к числу
«истинных опухолей»?
а) альвеолярный эхинококкоз,
б) зоб,
в) гематома,
г) глиома,
д) цефалома.
7. Примером злокачественной опухоли из соединительной
ткани может служить:
а) фиброма, б) липома, в) хондрома,
г) остеома, д) саркома.
8. Липомой называется опухоль, возникающая из:
а) мышечной ткани,
б) зрелой соединительной ткани,
в) незрелой соединительной ткани,
г) хрящевой ткани,
д) жировой ткани.
9. Какое из перечисленных заболеваний относится к облигатным предраковым состояниям:
а) лимфосаркома,
б) язвенный колит,
в) полипоз желудка,
г) хронический тромбофлебит,
д) бронхиальная астма.
10. К общим симптомам клинического течения рака относится:
а) повышение артериального давления,
б) анемия,
в) наличие болезненной опухоли с четкими границами,
г) наличие безболезненной опухоли без четких границ,
д) кровотечение из распадающейся опухоли.
11. Что применяется для химиотерапии злокачественных опухолей?
а) преднизолон,
б) тиотэф,
в) раствор азотнокислого серебра,
г) хлористый аммоний,
д) гидрокортизон.
196 197
Подчеркните неправильный ответ
1. Абсолютным показанием для оперативного удаления доброкачественной опухоли являются:
а) наличие сдавления органа опухолью с нарушением его функции,

б) постоянное травмирование одеждой поверхностно расположенной опухоли,
в) ускорение роста опухоли,
г) длительное существование опухоли,
д) подозрение на злокачественное перерождение.
2. Для злокачественной опухоли характерно:
а) наличие капсулы,
б) атипизм строения,
в) инфильтрующий рост,
г) метастазирование,
д) клеточный полиморфизм.
3. Установлено, что причиной возникновения опухоли может быть:
а) канцерогенное вещество,
б) рентгеновское облучение,
в) радиоактивное излучение,
г) старение организма,
д) травма.
4. Доброкачественная опухоль имеет следующие особенности:
а) распространяется по лимфатическим сосудам,
б) не прорастает, а раздвигает соседние ткани,
в) развивается без видимых причин,
г) может существовать всю жизнь больного, не проявляя роста,
д) после ее удаления наступает излечение.
5. Какая из перечисленных опухолей относится
к доброкачественным?
а) фиброма,
б) липома,
в) хондрома,
г) меланома,
д) миома.
6.
В понятие абластики входит:
а) обработка операционной раны спиртом,
б) частая смена во время операции инструментария
и белья,
в) неоднократное мытье рук во время операции,
г) избегание травмирования опухоли во время операции,
д) избегать проводить разрезы тканей вблизи опухолей.
7. Общая клинико-анатомическая характеристика злокачественных опухолей:
а) быстрый рост опухоли,
б) инфильтрующий характер роста,
в) резкое влияние на обмен веществ
и состояние больного,
г) наклонность

к рецидивам после удаления опухоли,
д) отсутствие способности давать метастазы.
8. Злокачественную опухоль от доброкачественной отличают:
а) быстрый рост,
б) метастазирование
в лимфатические узлы
и органы,
в) четкие границы распространения,
г) возможность рецидирования ее после удаления,
д) способность прорастать
в соседние органы.
9. Биопсия применяется с целью:
а) иссечения части опухоли для гистологического анализа,
б) определения характера операции,
в) решения вопроса
о срочности операции,
г) установления распространенности процесса,
д) ни для одной из указанных целей.
10. Общие клинико-анатомические признаки доброкачественных опухолей:
а) медленный рост,
б) экспансивный характер роста,
в) наклонность
к рецидивам после удаления,
г) отсутствие
в большинстве случаев вредного влияния на организм
в целом,
д) отсутствие способности давать метастазы.
198 199
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
1.
К радикальным операциям относятся операции, с помощью которых удается:
а) излечить заболевание,
б) облегчить страдание больного,
в) уточнить диагноз заболевания,
г) установить степень распространенности патологического
процесса
в данном органе,
д) уточнить количество органов.
2. Оперативным приемом называется:
а) подготовка больного
к операции,
б) обработка операционного поля по Филончикову–Гроссиху,

в) достаточно обширное обнажение патологического очага, больного органа или ткани с минимальным повреждением тканей с
лечебно-диагностической целью,
г) главный этап операции, во время которого осуществляется хирургическое воздействие на патологический очаг или больной
орган,
д) завершение операции с восстановлением нарушенных соотношений органов тканей.
3. Экстренными считаются операции, которые:
а) нельзя отложить, оперировать немедленно или
в ближайший
час
в связи внеуклонным развитием болезни,
б) отсрочка приводить
к образованию метастазов,
в) нельзя отложить на некоторый срок, необходимый для уточнения диагноза,
г) можно отложить на некоторый срок, необходимый для подготовки
к операции,
д) отсрочка некоторых угрожает жизни больного или ухудшает
прогноз.
4. Какой главный этап операции?
а) оперативный доступ,
б) оперативный прием,
в) обезболивание,
г) укладка больного на операционный стол,
д) ушивание операционной раны.
5. Какое из перечисленных повреждений
и заболеваний требует максимального сокращения предоперационного периода?
а) колотая проникающая рана грудной клетки, сопровождаемая
открытым пневмотораксом, кровотечением
и шоком II степени,
б) открытый перелом костей голени с явлениями шока II степени,
в) эмболия подколенной артерии,
г) рак желудка,
д) флегмона плеча.
6.
В ходе какой из перечисленных операций наиболее вероятна опасность жировой эмболии?
а) удаление липомы
в области лопатки,
б) остеосинтез гвоздем бедренной кости,
в) формирование кожного лоскута на ножке по Филатову,

г) вскрытие костного панариция второго пальца кисти,
д) удаление эмбола из бедренной кости.
7. Какую из перечисленных операций следует считать радикальной?
а) удаление злокачественной опухоли молочной железы,
б) удаление желудка при раке кардиального отдела вместе с большим
и малым сальником
и лимфоузлами,
в) извлечение гноя из полости плевры,
г) вскрытие брюшной полости для суточного диагноза,
д) гастроэнтероанастомоз при раке антрального отдела желудка.
8. Какая из перечисленных операций является многомоментной?
а) первичная хирургическая обработка раны,
б) вправление вывиха головки плечевой кости по Кохеру,
в) пластика дефекта кожи лица по способу Филатова,
г) ампутация бедра на уровне его верхней трети,
д) вскрытие флегмоны ягодичной области.
200 201
9.
К паллиативным операциям относятся операции, с помощью которых удается:
а) излечить больного,
б) уточнить диагноз заболевания,
в) облегчить страдания больного,
г) установить степень распространенности патологического
процесса,
д) уточнить количество органов, вовлеченных
в патологический
процесс.
10. Какова цель паллиативной операции?
а) излечение заболевания,
б) облегчение состояния больного,
в) уточнение диагноза,
г) завершение многоэтапной операции,
д) полное замещение органа.
11. БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ: Что первым из указанных
хирургических мероприятий надо предпринять
у пострадавшего
с субарахноидальным кровоизлиянием, напряженным пневмотораксом, явлениями раздражения брюшины, переломом бедра
и рваной раной ягодицы?
а) лапаротомия,
б) первичная обработка раны,
в) трепанация черепа,
г) репозиция

и фиксация перелома,
д) торакотомия.
12. Цель хирургической операции:
а) механическое воздействие на ткани больного для обнажения
больного органа с целью лечения или диагностики,
б) подготовка больного
к операции,
в) максимальный быстрый доступ
к пораженному органу,
г) осмотр совместно с анестезиологом для выбора вида анестезиологического пособия,
д) восстановление целостности ткани.
Подчеркните неправильный ответ
1. Уменьшение количества эритроцитов
в первые дни после
операции обуславливаются:
а) кровопотерей во время операции,
б) разведением крови внутритканевой жидкостью,
в) распадом эритроцитов перелитой крови,
г) кровопотерей после операции,
д) потерей плазмы во время операции.
2. Какие опасности операции могут быть уменьшены путем соответствующей подготовки больного
в предоперационном периоде:
а) опасности, связанные с обезболиванием,
б) опасности кровотечения,
в) опасности развития инфекции,
г) опасности повреждения жизненно важных органов,
д) опасности операционного шока.
3. Какие мероприятия показаны
в случаях задержки мочеиспускания
у больного
в послеоперационном периоде?
а) согревание области мочевого пузыря,
б) гипертоническая клизма,
в) внутривенное введение 10 мл 0,85 % раствора хлористого натрия,
г) внутривенное введение 5 мл 40 % раствора уротропина,
д) катетеризация мочевого пузыря.
4. Основными опасностями всякой операции являются:
а) опасности, связанные с обезболиванием,
б) кровотечение, шок,
в) инфицирование раны,
г) возможность повреждения важных органов,

д) туберкулезный спондилит.
5. Паллиативная операция применяется с целью:
а) облегчения состояния больного,
б) устранения болевого синдрома,
в) при невозможности удаления опухоли,
г) для полного излечения,
д) излечения отдельных симптомов заболевания.
202 203
6. Поздними послеоперационными осложнениями могут быть:
а) послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей с эмболией легочной артерии,
б) послеоперационная бронхопневмония,
в) рефлекторная анурия,
г) нагноение послеоперационной раны,
д) асфиксия
в результате западания языка.
7. Какие сопутствующие заболевания могут способствовать
расхождению краев раны брюшной стенки
в послеоперационном периоде?
а) острый бронхит,
б) хронический гастрит,
в) гнойный перитонит,
г) авитаминоз,
д) сахарный диабет.
8. Диагностическая операция (чревосечение, торакотомия
и др.) при опухолях применяется с целью:
а) определения возможности удаления опухоли,
б) установления окончательного диагноза, когда другие методы
не дали этой возможности,
в) производства паллиативной операции,
г) когда найдены отдаленные метастазы,
д) определения локализации опухоли во внутренних органах.
9. После операции отмечаются следующие существенные изменения морфологического состава крови:
а) повышение лейкоцитоза,
б) понижение количества эритроцитов,
в) понижение количества лейкоцитов,
г) понижение количества тромбоцитов,
д) снижение процента гемоглобина.
10. Какое из перечисленных заболеваний
и повреждений является показанием
к операции?
а) ложный сустав плечевой кости,

б) открытый перелом концевой фаланги 1 пальца кисти,
в) флегмона передней поверхности бедра,
г) гангрена стопы,
д) вколоченный перелом плечевой кости.
11. Срочными считаются операции, которые:
а) нельзя отложить на длительный срок
в связи с неуклонным
развитием болезни,
б) отсрочка которых приводит
к образованию метастазов,
в) которые допустимо откладывать с целью уточнения диагноза,
г) допустимо откладывать с целью подготовки
к операции,
д) отсрочка которых угрожает жизни больного или ухудшает
прогноз.
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
Подчеркните правильный ответ
1. Аутопластикой называется операция, если пересаживаемая ткань принадлежит:
а) родственникам;
б) другому человеку,
в) другому виду животного,
г) если она не животного происхождения (неорганическая или
органическая).
д) самому больному.
2. Успешную пересадку почки человеку первым произвел:
а) Мангольд,
б) Деглас, в) Б.В. Петровский,
г) Тирш,
д) Пирогов.
3.
К порокам развития живота относятся:
а) цефалома,
б) эписпадия, в) бедренная грыжа,
г) синдактилия, д) гипоспадия.
204 205
4. К порокам развития головы относятся:
а) крипторхизм, б) монохризм, в) синдактилия.
г) волчья пасть, д) гипоспадия.
5. Для ускорения приживления трансплантата применяются:
а) рентгеновское облучение трансплантата.
б) кварцевое облучение,
в) переливание крови и плазмы,

г) переливание физиологического раствора хлористого натрия,
д) частые перевязки с гипертоническим раствором.
6. Кто впервые предложил метод мигирующей кожной пластики на ножке?
а) Р.К. Шимановский,
б) В.П. Филатов,
в) Н.В. Склифосовский,
г) Н.И. Пирогов,
д) А.А. Ламберг.
Подчеркните неправильный ответ
1. К порокам развития конечностей относятся:
а) кифоз, б) синдактилия, в) косолапость
г) полидактилия д) адактилия
2. Существуют следующие виды пересадки ткани:
а) аутопластика, б) аутогетеропластика, в) аллопластика,
г) изопластика, д) гомопластика.
3. Итальянским способом восстановления дефектов на лице
называется перемещение кожи:
а) с самого лица, б) с плеча, в) с туловища,
г) мигрирующим стеблем, д) по Тиршу.
4. К порокам развития головы относятся:
а) гидроцефалия, б) менингоцелия, в) цефалома,
г) дивертикул Меккеля, д) волчья пасть.
5. Существуют следующие способы свободной пересадки кожи:
а) по Тиршу,
б) по Филатову,
в) по Яценко–Ревердену,
г) по Деглассу,
д) по Лауссон Краузе.
6. Какой из шовных материалов нельзя применять при пластике сосудов?
а) капрон, б) танталовые скрепки, в) шелк,
г) кетгут, д) лавсан.
ЭХИНОКОККОЗ
Подчеркните правильный ответ
1. Какое лечение эхинококкоза человека наиболее эффективно?
а) лечение антибиотиками,
б) рентгенотерапия,
в) оперативное лечение,
г) химиотерапия,
д) внутрикожное введение эхинококкового антигена.
2. Возбудителем эхинококкоза являются:
а) ленточные гельминты (лентецы),
б) гельминты-циннерозы,
в) лучистый грибок,

г) кишечная палочка,
д) фильтрующийся вирус.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брукман М.С. Первая медицинская помощь. Л.: Медицина, 1973.
2. Буянов М.С. Первая медицинская помощь. М.: Медицина, 1974.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.: ГЭОТАР–МЕД, 2004. 507 с.
4. Грань Ю.А. Медицинские рекомендации по поведению практических занятий курса «Медицинская помощь при травмах». М.: МГУ, 1969.
5. Петров С.В. Общая хирургия. СПб.,1994.
6. Скоблин А.П., Жила Ю.С., Джерелей А.Н. Руководство к практическим занятиям по травматологии и ортопедии. М.: Медицина, 1975.
7. Сластихин М.А., Брусенков В.А., Крохов В.В. Медицинская помощь при травмах. Л.: ЛГТИ, 1974.
8. Стручков В.И. Общая хирургия. М.: Медицина, 1972.

Хромов Б.М. Первая помощь при травмах и транспортировка пострадавших. Л.: Медицина, 1969

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ (ПРЕЗЕНТАЦИЙ)

1. Современная хирургия – динамично развивающаяся, научно обоснованная область медицины.
2. Деонтология как необходимый и обязательный элемент хирургической деятельности.
3. Врачебные ошибки в хирургии. Ятрогенная патология в хирургии.
4. Внутрибольничная (госпитальная) инфекция в хирургическом стационаре.
5. Современные средства и методы химической стерилизации и дезинфекции.
6. Техника отдельных видов местной анестезии: показания, противопоказания, методика выполнения, возможные осложнения и пути их предупреждения.
7. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.
8. Гемотрансфузионные осложнения, их профилактика, диагностика, принципы лечения.
9. Влияние хирургических операций на гемостаз. 10. Современные принципы лечения кровопотери.
11. Принципы и техника дренирования ран.
12. Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.
13. Виды гнойно-воспалительных заболеваний: абсцесс, флегмона. Клиника, диагностика, местное и общее лечение.
14. Гнойный медиастинит.
15. Принципы общего и местного лечения остеомиелита.
16. Диагностика и комплексное лечение различных форм туберкулеза.
17. Современные принципы хирургического лечения гнойных ран.
18. Переломы и вывихи. Основы рентгенодиагностики.
19. Ожоговая болезнь и фазы течения.
20. Гангрена, пролежни, трофические язвы.
21. Реплантация конечностей и представление о микрохирургической технике.
22. Эхинококкоз. Причины, диагностика, хирургическое лечение.
23. Профилактика, диагностика и лечение раневых осложнений: кровотечения, нагноения, эвентерации кишечника.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.
(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра общей и факультетской хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО ____(фамилия, имя и отчество)____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,
Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачѐте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст (год, месяц, дата рождения).
3. Пол.
4. Место жительства.
5. Место работы.
6. Занимаемая должность.
7. Профессия, специальность.
8. Дата, время поступления в клинику.
9. Дата выписки из клиники.
10. Количество койко-дней.
11. Поступил в экстренным порядке, в плановом порядке.
12. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения.

б) при поступлении в клинику.

в) клинический: * основное заболевание,

* осложнение основного заболевания, *
сопутствующее заболевание.

г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.

13. Операция: название, дата, время, продолжительность, метод обезболивания.
14. Группа крови и резус-принадлежность.
15. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).
16. Трудоспособность (восстановлена, временно утрачена, полная утрата, направлен на МСЭК).

II. ЖАЛОБЫ:

(кратко и чѐтко перечисляются все жалобы больного в настоящее время).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi).

Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором.

Описание симптомов и динамики процесса производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность

болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность.

У ранее оперированного больного обязательно выясняется характер и объем оперативного вмешательства, результаты послеоперационного лечения. Если больной переведен из другого лечебного учреждения, желательно получить выписку из истории болезни.

IV. АНАМНЕЗЖИЗНИ (Anamnesis vitae).

Описать по общепринятой схеме для взрослых:

Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики. Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусоносительство, СПИД.

V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

А. Объективное исследование общего состояния (Statuspraesenscommunis).

Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А.Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами). Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы. Рост. Вес.

Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчѐсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д. Слизистые оболочки: цвет, влажность, налѐт, высыпания, изъязвления и
т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д. Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических

узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей.

Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов. Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная.

Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосковоареолярного комплекса. Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация.

Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях). Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы.

Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревье, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы.

Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет.

Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д.

Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д.

Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки

при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение

подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки

тимпанического звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца, наличие трещин, опухоли, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов. Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражѐнного органа (системы) – хирургический (локальный, или местный) статус (Statuslocalis).

В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса червеобразном отростке (остром аппендиците) подробно описывается объективное исследование всей системы пищеварительного тракта. Во избежание

лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в хирургический статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Клинический диагноз выставляется у экстренных больных в течение ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в хирургическую клинику, а у плановых больных он может быть выставлен в день поступления, но может быть уточнен в течение ближайших 3 дней.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различие появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий.

В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения.

Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

Оперативное лечение. При наличии показаний к оперативному лечению у данного больного оформляется предоперационный эпикриз и протокол операции, которые являются одними из отличительных черт истории болезни хирургического больного.

XII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Предоперационный эпикриз содержит такие сведения как краткое обоснование, полную формулировку клинического диагноза, объѐм и название предполагаемого оперативного вмешательства, использование метода обезболивания (местная, регионарная, внутривенная анестезия, интубационный наркоз). Указывается группа крови, резуспринадлежность больного, предполагается ли переливание аутокрови, донорской крови или кровезаменителей. Также указывается о том, что с больным проведена беседа об объеме предстоящей операции, возможные исходы, метод обезболивания, что больной после этого согласен на операцию и закрепил это своей подписью. При бессознательном, неадекватном состоянии больного решение об операции заверяется подписью сопровождающих родственников или консилиумом трех врачей (три подписи).

XIII. ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ (схема):

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ № ___.

Диагноз_____

Название операции_____

Хирург (ф.и.о.)_____

Ассистенты (ф.и.о.)_____

Операционная сестра (ф.и.о.)_____

Анестезиолог (ф.и.о.)_____

Дата ___

Начало _____ П

родолжительность_____

Описание хода операции: _____

XIV. Д
НЕВН
ИК

Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния хирургического больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

XV. Э
ПИКР
ИЗ

Эпикриз бывает предоперационным (описывалось выше), этапным, выписным, посмертным.

Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в хирургической клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе.

При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, оперативного вмешательства, локального и общего статуса при выписке, рекомендаций.

Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XVI. П
РОГ
НОЗ

Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. И
СХО
Д
ЗАБ
ОЛЕ
ВАН
ИЯ

Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVIII. И
СПО
ЛЬЗ
ОВА
ННА
Я
ЛИТ
ЕРА
ТУР
А

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий и промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1.	Уверенный ответ	0-10
2.	Понимание проблематики	0-30
3.	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4.	Ключевые слова: их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5.	Логичность и последовательность устного высказывания.	0-10
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий и промежуточный контроль)

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в%)**
1.	Правильность постановки диагноза	0-30
2.	Правильность выбора алгоритма действий	0-20
3.	Правильность выбора дополнительных методов диагностики.	0-20
4.	Правильность назначения тактики лечения.	0-30
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЯ (рубежный контроль)

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Вопрос 1	0-100
2.	Вопрос 2	0-100
3.	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	**Среднее арифметическая (сумма баллов /3)**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№ п/п	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
	ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ	**70**
1.	Титульный лист с заголовком	0-4
2.	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, рисунки)	0-10
3.	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы.	0-40
4.	Слайды представлены в логической последовательности.	0-10

5.	Слайды распечатаны.	0-6
	ДОКЛАД	**30**
1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-12
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3.	Выполнение регламента	0-8
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (текущий контроль) в %.

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Соблюдение этико-деонтологических принципов и индивидуального подхода к пациенту.	0-5
2.	Правильное выполнение методики осмотра пациента. Правильное описание хирургического статуса.	0-20
3.	Правильная интерпретация жалоб, анамнеза болезни и жизни пациента.	0-10
4.	Правильность постановки предварительного диагноза.	0-10
5.	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков, МРТ, УЗИ.	0-10
6.	Правильность прочтения результатов лабораторных исследований.	0-5
7.	Правильность постановки клинического диагноза.	0-20
8.	Правильное определение тактики предполагаемого лечения	0-20
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (рубежный контроль):

№	**Наименование показателя**	**Отметка (в %)**
1.	Общие сведения о больном	0-5
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-5
3.	Анамнез болезни	0-5
4.	Анамнез жизни	0-5
5.	Объективное исследование.	0-10
6.	Предварительный диагноз	0-15
7.	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-10
8.	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-15
9.	Этиология, патогенез	0-5
10.	Лечение	0-10
13.	Дневник	0-5
14.	Эпикриз и прогноз	0-5

15.	Использование современных данных литературных	0-5
	источников.	
	Всего баллов	**Сумма баллов**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (текущий и рубежный контроль):

1. В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 2 балла.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

0-60% - (0-60 правильных ответов);
61-70% - (60-74 правильных ответов);
71-89% - (75-84 правильных ответов);
90-100% - (85-100 правильных ответов).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При оценке УСТНОГО ОТВЕТА на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.

3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой 85-100% **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях; этические и деонтологические аспекты в хирургии. ***Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.***

Отметкой 75-84% **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях; этические и деонтологические аспекты в хирургии.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой 60-74% **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний;

клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению;

основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения;

принципы диспансеризации и реабилитации больных;

методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях; этические и деонтологические аспекты в хирургии.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой 0-59 % **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. ***Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.***

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой 85-100% **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов; быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного; проводит самостоятельно обследование пациента;

умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных); грамотно формулирует диагноз показания к избранному методу лечения; правильно проводит транспортировку хирургических больных; правильно применяет методы профилактики; ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения хирургических заболеваний у больных различных возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой 75-84% **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

-умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов; не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;

слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно проводит транспортировку хирургических больных;
- не совсем верно применяет методы профилактики;

При этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общих чертах владеет различными методами лечения хирургических заболеваний у больных различных

возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой 60-74% **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает
альтернативные решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками
анализа различных медицинских фактов; медленно находит и принимает
решения по сбору анамнеза у больного;

не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента; очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики
- неправильно организует транспортировку хирургических больных;

Ранее недостаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет различными методами лечения хирургических заболеваний у больных различных возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении. ***Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.***

Отметкой 0-59% **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.