

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023 г.
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.32 Общая хирургия
семестры реализации дисциплины	5,6 семестры
форма контроля	Зачет в 5 семестре, экзамен в 6 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1

Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.1 Знаком с принципами использования медицинских изделий для проведения обследования пациента	Знать задачи и функциональные обязанности медицинского персонала при использовании медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач общей хирургии
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь применять медицинские технологии, медицинские изделия, диагностическое оборудование при решении профессиональных задач общей хирургии
		Практический опыт применения медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач общей хирургии

ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	Знать современные методы оказания неотложной и экстренной медицинской помощи в соответствии с современными клиническими рекомендациями в общей хирургии	Контрольные вопросы, тесты
		Уметь оказывать неотложную и экстренную медицинскую помощь при лечении заболеваний в общей хирургии	Контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, практические задания
		Практический опыт оказания медицинской помощи	Контрольные вопросы, тесты,

		помощи пациенту в неотложной и экстренной формах при решении профессиональных задач общей хирургии	ситуационные задачи, практические задания
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	Знать базовые медицинские технологии, инструментальные методы обследования с целью постановки диагноза в общей хирургии	Контрольные вопросы, тесты
		Уметь выполнять диагностические мероприятия с применением медицинских изделий, с использованием медицинских технологий и инструментальных методов обследования в общей хирургии	Контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, практические задания
		Практический опыт применения медицинских технологий, медицинских изделий, а также диагностические инструментальные методы обследования с целью постановки диагноза в общей хирургии	Контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи, практические задания

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

5 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
6 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.1 Знаком с принципами использования медицинских изделий для проведения обследования пациента ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-1.1 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.2 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Тестовые задания

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Компетенция ОПК-4 (5 семестр)**

Асептика и антисепт ика	Вопрос	Ответ
1	<p>Что такое дезинфекция?</p> <p>а) уничтожение спорообразующих бактерий б) уничтожение вирусов, бактерий и простейших в) уничтожение анаэробных бактерий г) обработка помещений моющими средствами д) уничтожение патогенной микрофлоры</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
2	<p>Какие температурные режимы рекомендуется использовать при сухожаровой стерилизации?</p> <p>а) 150 °С б) 160 °С в) 170 °С г) 180 °С д) 250 °С</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 г, 5 д.</i></p>	4
3	<p>Какой из нижеуказанных методов стерилизации более приемлем для обеззараживания оптической аппаратуры?</p> <p>а) стерилизация гамма-излучением б) стерилизация в паровом стерилизаторе в) стерилизация в сухожаровом стерилизаторе г) стерилизация в пароформалиновой камере д) стерилизация ультрафиолетовыми лучами</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
4	<p>Какие способы подготовки рук хирурга к операции предусматривают их мытье в тазу с растворами антисептических препаратов?</p> <p>а) способ Спасокукоцкого-Кочергина б) обработка 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата в) способ Бруна г) обработка первомуром (препаратом С-4) д) обработка церигелем</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 ав, 4 аг, 5 ад.</i></p>	4
5	<p>Минимальное время мытья рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина в каждом из тазов:</p> <p>а) 2 мин б) 3 мин в) 4 мин г) 5 мин д) 10 мин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
6	<p>В чем заключается предварительная обработка кожи перед экстренной операцией?</p> <p>а) в обмывании кожи водой с мылом б) в сбривании волос в) в обертывании места предстоящей операции стерильной пленкой г) в обработке кожи 0,5% раствором нашатырного спирта д) дублировании кожи спиртовым раствором танина</p>	3

	<i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 бг, 4 абд, 5 бгд.</i>	
7	<p>Какие из перечисленных ниже методов воздействия на микрофлору относятся к дезинфекции?</p> <p>а) кипячение б) помещение в воздушный стерилизатор при температуре 180 °С на 1 час в) помещение в воздушный стерилизатор при температуре 120 °С на 45 минут г) двукратное протирание раствором нейтрального гипохлорита кальция д) погружение в раствор бензоата натрия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абг, 4 авд, 5 авг.</i></p>	5
8	<p>Все нижеприведенные изделия изготовлены из термолabileльных материалов, кроме:</p> <p>а) силиконового дренажа для дренирования брюшной полости б) резиновых перчаток многоразового применения в) кровоостанавливающего зажима Бильрота г) воздуховода Сафара д) полужесткого катетера</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
9	<p>Методы стерилизации медицинских инструментов и изделий, не подлежащих термической обработке:</p> <p>а) стерилизация парами формалина б) газовая стерилизация в) погружение в раствор бикарбоната натрия г) погружение в первомур д) погружение в раствор следующего состава: пергидроля 20 г, синтетического моющего средства «Зифа» 5 г, воды 975 мл</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абг, 2 абв, 3 бвг, 4 вгд, 5 ав.</i></p>	1
10	<p>Какие способы подготовки рук хирурга к операции предусматривают их протирание марлевыми тампонами, смоченными антисептиками, без предварительного мытья в тазу?</p> <p>а) способ Спасокукоцкого-Кочергина б) способ Бруна в) обработка 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата г) обработка 0,5% спиртовым раствором пливасепта д) обработка первомуром</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бвг, 3 вгд, 4 агд, 5 гд.</i></p>	
11	<p>Концентрация раствора нашатырного спирта для обработки рук по способу Спасокукоцкого-Кочергина:</p> <p>а) 0,25% б) 0,5% в) 0,75% г) 1,0% д) 2,0%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2

12	<p>Выберите из нижеприведенных дезинфицирующих средств те, которые применяются только для протирания?</p> <p>а) перекись водорода с 0,5% моющего средства б) хлорамин в) дихлор-1 г) сульфохлорантин д) перекись водорода е) хлорцин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 вге, 2 абв, 3 вгд, 4 дге, 5 бег.</i></p>	3
13	<p>Какие из приведенных ниже веществ используются для проверки стерильности при стерилизации в паровом автоклаве?</p> <p>а) сульфат бария б) левомицетин в) тиомочевина г) бензойная кислота д) демманоза</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 вд, 5 гд.</i></p>	5
14	<p>Какой метод стерилизации наиболее часто используется при изготовлении медицинских изделий одноразового пользования?</p> <p>а) автоклавирование б) погружение в раствор перекиси водорода в) газовая стерилизация г) стерилизация ультрафиолетовыми лучами д) стерилизация <input type="checkbox"/>-излучением</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
15	<p>Какова продолжительность обработки рук хирурга первомуром?</p> <p>а) 1 мин б) 2 мин в) 3 мин г) 4 мин д) 5 мин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
16	<p>Концентрация спиртового раствора хлоргексидина биглюконата, использующегося для обработки рук хирурга:</p> <p>а) 0,1% б) 0,2% в) 0,25% г) 0,5% д) 1,0%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
17	<p>Какие вещества входят в состав тройного раствора (дезинфицирующего средства)?</p> <p>а) перекись водорода, моющее средство, вода б) йод, йодистый калий, этиловый спирт в) хлоргексидин, гидрокарбонат натрия, этиловый спирт г) формалин, гидрокарбонат натрия, вода д) формалин, гидрокарбонат натрия, фенол, вода</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5

18	<p>Какие из приведенных ниже веществ используются для проверки стерильности при сухожаровой стерилизации?</p> <p>а) сульфат магния б) левомицетин в) сера г) бензойная кислота д) тиомочевина</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 бг, 4 бд, 5 бгд.</i></p>	4
19	<p>Первомур – это:</p> <p>а) производное пировиноградной кислоты б) смесь перманганата калия с уросульфатом в) смесь перекиси водорода с мочевиной г) производное надуксусной кислоты д) смесь перекиси водорода с муравьиной кислотой</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
20	<p>Какова продолжительность обработки рук хирурга 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата?</p> <p>а) 1 мин б) 2–3 мин в) 4–5 мин г) 6–7 мин д) 10 мин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
21	<p>Когда хирургу при подготовке к операции следует надевать стерильные перчатки?</p> <p>а) перед обработкой рук б) после обработки рук в) после одевания халата г) перед одеванием халата д) после изоляции операционного поля</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
22	<p>Какие из перечисленных средств относятся к антисептикам (1), а какие – к дезинфектантам (2)?</p> <p>а) бисептол б) сайдекс в) перманганат калия г) сульфохлорантин д) бикарбонат натрия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 аб, 2 вг), 2 (1 ав, 2 бг), 3 (1 абд, 2 вг), 4 (1 вд, 2 абг), 5 (1 абв, 2 гд).</i></p>	2
23	<p>Какие из нижеперечисленных способов контроля стерильности перевязочного материала (инструментов) и режима стерилизации в автоклаве относятся к прямым?</p> <p>а) использование веществ с определенной точкой плавления б) использование бумажной ленты, пропитанной веществом, изменяющим цвет по достижению определенной температуры в) бакпосев с перевязочного материала и белья г) термометрия д) использование пробирок с известной спороносной непатогенной культурой микроорганизмов, которые погибают при определенной температуре</p>	3

	<i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вд, 4 вгд, 5 абг.</i>	
24	<p>Первомур может быть использован:</p> <p>а) для стерилизации шовного материала б) для стерилизации эндоскопов в) для обработки рук хирурга г) для промывания желудка д) для перитонеального диализа</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абг, 2 бвг, 3 вгд, 4 абв, 5 абвгд.</i></p>	4
25	<p>Какой из перечисленных ниже вариантов обработки рук хирурга можно квалифицировать как классический способ Спасокукоцкого-Кочергина?</p> <p>а) мытье рук под краном с мылом стерильной салфеткой, обработка 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата б) мытье рук под краном с мылом 3 мин, осушивание стерильным тампоном, обработка 96% раствором спирта 10 мин, смазывание ногтевых лож и складок кожи пальцев 5% настойкой йода в) мытье рук проточной водой с мылом 1 минуту, осушивание стерильной салфеткой, обработка в тазу раствором первомура 1 минуту г) мытье рук в тазу с 5% раствором нашатырного спирта 5 мин, осушивание стерильной салфеткой, обработка 96% раствором спирта 5 мин д) мытье рук 0,5% раствором нашатырного спирта в двух тазах по 3 мин, осушивание стерильной салфеткой, обработка 96% раствором спирта 5 мин, смазывание ногтевых лож и складок кожи пальцев 5% настойкой йода</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
26	<p>В чем состоит уход за руками хирурга?</p> <p>а) ограждение рук от повреждений б) ограждение рук от загрязнений в) регулярная стрижка и соблюдение чистоты ногтей г) окраска ногтей красителями, обладающими антисептическими свойствами д) регулярная обработка рук растворами препаратов, снижающими функциональную активность потовых желез</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бд, 3 бвгд, 4 абвгд, 5 абв.</i></p>	5
27	<p>Какие из перечисленных средств можно использовать и в качестве антисептиков, и в качестве дезинфектантов?</p> <p>а) перекись водорода б) бензоат натрия в) хлорамин г) хлорцин д) дезоксон</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 абв, 3 агд, 4 бвг, 5 бд.</i></p>	1

28	<p>Какой из перечисленных методов контроля за стерильностью материала и режима стерилизации является наиболее объективным?</p> <p>а) помещение в бикс бензойной кислоты б) помещение в бикс тиомочевины в) помещение в бикс термометра, отражающего достигнутую в нем во время стерилизации максимальную температуру г) помещение в бикс бумажной ленты, пропитанной веществом, изменяющим цвет по достижении определенной температуры д) помещение в бикс бумаги, пропитанной йодом и крахмалом</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
29	<p>Для стерилизации инструментов могут быть использованы все перечисленные методы кроме:</p> <p>а) автоклавирования б) погружения в 6% раствор перекиси водорода в) погружения в 1% раствор дезоксона-1 г) помещения в сухожаровой шкаф д) кипячения</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
30	<p>Какие из перечисленных препаратов используются для ускоренной обработки рук хирурга методом пленкообразования?</p> <p>а) полиэтиленоксид б) первомур в) церигель г) роккал д) дегмин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
Компетенция ОПК-4 (6 семестр)		
31	<p>Периодичность контроля за стерильностью рук хирурга методом бакпосева:</p> <p>а) раз в 3 дня б) раз в 5 дней в) раз в 10 дней г) раз в 15–20 дней д) раз в 25–30 дней</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
32	<p>Укажите правильную последовательность этапов предстерилизационной очистки медицинских изделий многократного пользования:</p> <p>а) первое ополаскивание проточной водой б) второе ополаскивание проточной водой в) погружение в раствор ингибитора коррозии г) замачивание в моющем растворе д) сушка в горячем воздухе е) ополаскивание в дистиллированной воде ж) мойка в моющем растворе</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абгжед, 2 адвгжбе, 3 вагжбед, 4 авгжбед, 5 гжавбед.</i></p>	3

33	<p>Какие из перечисленных укладок перевязочного материала (операционного белья) в бикс можно отнести к видовым?</p> <p>а) помещение в бикс перевязочного материала, предназначенного для одной небольшой типичной операции б) помещение в бикс халатов в) помещение в бикс халатов, простыней, пеленок и перевязочного материала для определенного вида операции (резекции желудка, холецистэктомии) г) помещение в бикс салфеток д) помещение в бикс перевязочного материала и операционного белья в количестве, достаточном для проведения операции на щитовидной железе</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 аб, 3 абв, 4 абвг, 5 бг.</i></p>	5
34	<p>К способам холодной стерилизации изделий медицинского назначения относятся:</p> <p>а) автоклавирование б) погружение изделия в 6% раствор перекиси водорода в) погружение изделия в 5% раствор хлорида натрия г) воздействие на изделие □-излучением д) погружение изделия в 1% раствор дезоксона-1</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бгд, 3 вгд, 4 бвд, 5 вд.</i></p>	2
35	<p>Какие из перечисленных веществ входят в состав церигеля?</p> <p>а) поливинилпирролидон б) поливинилхлорид в) поливинилбутирол г) 96% этиловый спирт д) 10% нашатырный спирт</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бд, 3 вд, 4 ад, 5 вг.</i></p>	5
36	<p>Какие из перечисленных мероприятий обязательны при проведении предварительной подготовки операционного поля?</p> <p>а) общая гигиеническая ванна б) перевод больного в отделение реанимации в) смена белья г) обработка кожи 5% спиртовым раствором йода с наложением стерильной пленки д) сбривание волос в месте операции с обработкой кожи спиртом</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 авд, 3 авгд, 4 вгд, 5 агд.</i></p>	2
37	<p>Какое из перечисленных средств рекомендуется использовать при предстерилизационной обработке инструментария в качестве ингибитора коррозии?</p> <p>а) дезоксон-1 б) виркон в) бикарбонат натрия г) бензоат натрия д) хлорид натрия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4

38	<p>Сопоставьте названия упаковок перевязочного материала (операционного белья) в бикс с соответствующими определениями (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) универсальная упаковка перевязочного материала (операционного белья) в бикс 2) целенаправленная упаковка перевязочного материала (операционного белья) в бикс 3) видовая упаковка перевязочного материала (операционного белья) в бикс а) помещение в бикс перевязочного материала и операционного белья, предназначенных для конкретной операции (например, гастрэктомии) б) помещение в бикс перевязочного материала и белья предназначенных для небольшой типичной операции (аппендэктомия, грыжесечение и др.) в) помещение в бикс определенного вида перевязочного материала или белья</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 в), 2 (1 б, 2 а, 3 в), 3 (1 в, 2 б, 3 а), 4 (1 в, 2 а, 3 б), 4 (1 а, 2 в, 3 б).</i></p>	2
39	<p>Перечислите цели (все), которые преследуются при подготовке рук хирурга к операции:</p> <p>а) удаление с кожи рук грязи б) удаление с кожи рук бактерий в) уничтожение на коже рук бактерий г) дубление кожи рук д) защита кожи рук от микротравм</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абв, 4 абвд, 5 абвг.</i></p>	5
40	<p>Какие из перечисленных способов обработки рук хирурга относятся к современным?</p> <p>а) способ Бруна б) способ Фюрбрингера в) обработка первомуром (препаратом С-4) г) обработка раствором хлоргексидина биглюконата д) способ Альфельда</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 вг, 4 д.</i></p>	3
41	<p>Сбривание волос на коже в области операционного поля следует производить:</p> <p>а) в день операции б) при поступлении больного в хирургическое отделение в) вечером, накануне операции г) за 24 часа до операции д) за 48 часов до операции</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
42	<p>Какая проба используется для контроля полного удаления крови с инструментов, прошедших предстерилизационную обработку?</p> <p>а) фенолфталеиновая б) бензидиновая в) биологическая г) ортостатическая д) тепловая</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
43	<p>Допустимый срок хранения стерильного перевязочного материала в биксах?</p> <p>а) 12 час б) 24 час в) 36 час г) 48 час д) 72 час</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4

44	<p>Основные этапы обработки рук хирурга (назовите их и установите правильную последовательность):</p> <p>а) воздействие антисептических средств б) воздействие пенообразующих препаратов в) дублирование кожи г) механическая и химическая (обезжиривание) обработка д) воздействие щелочных растворов</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 гдв, 3 гав, 4 бда, 5 гдва.</i></p>	3
45	<p>Как правильно проводить обработку рук хирурга первомуром?</p> <p>а) мытье водой с мылом (без щетки), мытье первомуром в тазу с помощью салфеток 1 мин, осушивание стерильной салфеткой б) мытье водой с мылом, вытирание насухо, мытье первомуром в тазу 3 мин в) мытье первомуром в тазу 1 мин, мытье водой с мылом, вытирание насухо г) мытье водой с мылом, вытирание насухо, протирание салфеткой с первомуром 1 мин д) протирание салфеткой с первомуром 1 мин, вытирание насухо, протирание салфеткой с 96%-м этиловым спиртом 5 мин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
46	<p>Что такое обработка операционного поля по Гроссиху-Филончикову (в классическом варианте)?</p> <p>а) двухкратное смазывание операционного поля (перед обкладыванием стерильным бельем) 5% спиртовым раствором йода б) смазывание операционного поля 5% спиртовым раствором йода непосредственно перед разрезом (после обкладывания стерильным бельем) и после зашивания операционной раны в) смазывание операционного поля бриллиантовым зеленым перед обкладыванием стерильным бельем, после обкладывания и после наложения швов на рану г) двухкратное смазывание операционного поля йодонатом д) смазывание операционного поля 5% спиртовым раствором йода перед обкладыванием стерильным бельем, после обкладывания, перед зашиванием и после зашивания операционной раны</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
47	<p>Что такое стерилизация?</p> <p>а) уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний б) уничтожение возбудителей гнойной инфекции в) обработка медицинской аппаратуры путем двукратного протирания раствором препарата, обладающего антимикробным действием г) частичное уничтожение микрофлоры на объектах внешней среды д) полное уничтожение микрофлоры на изделиях медицинского назначения</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
48	<p>Допустимый срок хранения стерильного перевязочного материала в мешках?</p> <p>а) 12 час б) 24 час в) 36 час д) 72 час</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2

49	<p>Многие из современных способов обработки рук хирурга не требуют:</p> <p>а) антисептического воздействия б) мытья рук мылом с помощью стерильных щеток в) соблюдения определенной последовательности обработки г) дублирования как отдельного этапа обработки д) мытья рук мылом без стерильных щеток</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абв, 4 бг, 5 вгд.</i></p>	4
50	<p>Как правильно проводить обработку рук хирурга хлоргексидина биглюконатом?</p> <p>а) мытье рук водой с мылом, вытирание насухо стерильной салфеткой, протирание в течение 2–3 мин салфеткой, смоченной спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата б) протирание рук в течение 2–3 мин салфеткой, смоченной спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата, мытье водой с мылом, вытирание насухо в) мытье рук водой без мыла, вытирание насухо, протирание в течение 2–3 мин салфеткой, смоченной водным раствором хлоргексидина биглюконата г) мытье рук водой с мылом, вытирание насухо, протирание в течение 2–3 мин салфеткой, смоченной водным раствором хлоргексидина биглюконата д) мытье рук водой с мылом, вытирание насухо, протирание в течение 1 мин салфеткой, смоченной спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
51	<p>Что такое обработка операционного поля по Баккалу?</p> <p>а) обработка операционного поля с 96% этиловым спиртом б) обработка операционного поля дегмицидом в) обработка операционного поля бриллиантовым зеленым г) обработка операционного поля водным раствором хлоргексидина биглюконата д) обработка операционного поля 5% настойкой йода</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
52	<p>Какова правильная последовательность этапов обработки медицинских изделий многократного использования?</p> <p>а) стерилизация б) предстерилизационная очистка в) дезинфекция</p> <p><i>Варианты ответа: 1 бав, 2 бва, 3 абв, 4 вба.</i></p>	4
53	<p>Выберите из числа нижеприведенных средств те, которые рекомендуется использовать для химической стерилизации инструментов:</p> <p>а) этиловый спирт б) 6% раствор перекиси водорода в) 0,5% раствор перманганата калия г) 1% раствор дезоксона-1 д) закись азота е) окись этилена</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 ав, 3 бге, 4 ад, 5 вд.</i></p>	3
54	<p>Используемые для обработки рук хирурга химические антисептики должны иметь следующие свойства:</p> <p>а) обладать сильным антисептическим действием б) быть безвредными для кожи хирурга в) обладать противовоспалительными свойствами г) обладать местным противоаллергическим действием д) быть доступными и дешевыми</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 абг, 3 бвд, 4 абд, 5 абвд.</i></p>	4

55	<p>Какова правильная последовательность обработки отдельных частей рук хирурга?</p> <p>а) ладонная, тыльная поверхности, ногтевые ложа каждого пальца, межпальцевые промежутки одной руки, затем другой, ладони и тыл кистей, предплечья б) предплечья, кисти, пальцы с межпальцевыми промежутками в) кисти, пальцы с межпальцевыми промежутками, предплечья г) тыльная, ладонная поверхности каждого пальца, межпальцевые промежутки, верхняя треть предплечья, нижние две трети предплечья, запястья с тыльной и ладонной поверхностей д) ладонные поверхности каждого пальца, ладони, тыльные поверхности каждого пальца, тыл кистей, предплечья</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
56	<p>Недостатки обработки операционного поля первомуром:</p> <p>а) не достигается стерильности обработанной кожи б) раздражающее действие раствора на кожу в) большое количество пациентов с повышенной чувствительностью к препарату г) неприятный запах раствора д) невозможность четкого визуального контроля за качеством обработки кожи в связи с тем, что раствор бесцветен</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
57	<p>Какие температурные режимы рекомендуется использовать при стерилизации паром под давлением?</p> <p>а) 100 °С б) 110 °С в) 120 °С г) 128 °С д) 132 °С</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 гд, 5 бвд.</i></p>	3
58	<p>Какие газы используются для стерилизации изделий медицинского назначения?</p> <p>а) окись углерода б) углекислый газ в сочетании с окисью углерода в) ацетилен г) окись этилена д) окись этилена в сочетании с бромистым метилом</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 бв, 3 ав, 4 гд, 5 б.</i></p>	4
59	<p>Какие из перечисленных препаратов можно использовать для обработки рук хирурга?</p> <p>а) хлоргексидина биглюконат б) натрия бикарбонат в) дегмин г) дегмицид д) евросепт</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 бвгд, 4 абвгд, 5 авгд.</i></p>	5

60	<p>Продолжительность мытья рук теплой текучей водой с мылом стерильными щетками в классических способах обработки рук хирурга (по Альфельду, по Фюрбрингеру):</p> <p>а) 3 мин б) 5 мин в) 10 мин г) 15 мин д) 20 мин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
61	<p>Какие из перечисленных веществ пригодны для обработки операционного поля?</p> <p>а) йодонат б) йодопирон в) перекись водорода г) сулема д) калия перманганат</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 г, 5 д.</i></p>	1
62	<p>Назовите возможные источники имплантационной инфекции:</p> <p>а) хирургический шовный материал б) марлевый тампон в) скобки хирургического сшивающего аппарата г) водитель ритма сердца д) дефибриллятор</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 авг, 3 вгд, 4 бвг, 5 бд.</i></p>	2
63	<p>Имплантационная инфекция в зоне операции развивается при попадании микробов в рану:</p> <p>а) через руки хирурга б) с пинцета при перевязке в) с марлевой турунды г) со скобок сшивающего аппарата д) с дренажной трубки</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
64	<p>Какая последовательность действий при стерилизации кетгута по Ситковскому верна?</p> <p>а) мойка, обезжиривание в эфире, замачивание в растворе йодида калия, подвешивание в банке, выдержка 3–5 суток б) мойка, обезжиривание в эфире, протирание сулемой, скручивание в колечки, подвешивание в банке с кристаллическим йодом на дне, выдержка 3–5 суток в) мойка, обезжиривание в эфире, протирание сулемой, замачивание в растворе йодида калия, скручивание в колечки, подвешивание в банку с кристаллическим йодом на дне, выдержка 3–5 суток г) обезжиривание в эфире, мойка, протирание сулемой, замачивание в растворе йодида калия, скручивание в колечки, подвешивание в банку с кристаллическим йодом на дне, выдержка 3–5 суток, бактериологический контроль д) мойка, обезжиривание в эфире, протирание сулемой, замачивание в растворе йодида калия, скручивание в колечки, подвешивание в банку с кристаллическим йодом на дне, выдержка 3–5 суток, бактериологический контроль</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5

65	<p>Выделите приемлемые способы стерилизации металлических скобок:</p> <p>а) кипячение 30 мин б) стерилизация в паровом стерилизаторе в) стерилизация в сухожаровом стерилизаторе г) погружение на 2 часа в 2% раствор хлорамина д) УФО в течение 1 часа</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 ав, 4 бв, 5 гд.</i></p>	4
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенция ОПК-4 (5 семестр)</p>		
66	<p>Синтетический шовный материал в условиях медицинского учреждения может быть простерилизован:</p> <p>а) кипячением б) погружением в 96% этиловый спирт в) погружением в раствор хлорамина г) погружением в раствор первомура д) в воздушном стерилизаторе</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 ад, 3 бвг, 4 бд, 5 г.</i></p>	5
67	<p>Синтетический шовный материал в условиях медицинского учреждения обычно стерилизуется:</p> <p>а) кипячением б) в паровом стерилизаторе при температуре 110 °С в) в паровом стерилизаторе при температуре 120 °С г) в паровом стерилизаторе при температуре 132 °С д) в воздушном стерилизаторе при температуре 180 °С</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 в, 4 г, 5 гд.</i></p>	3
68	<p>К традиционным шовным материалам предъявляются все нижеперечисленные требования, кроме:</p> <p>а) наличия ровной гладкой поверхности б) обладания антимикробной активностью в) эластичности г) прочности д) биологической инертности</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
69	<p>Какой эффект дает введение в структуру шовного материала антибиотиков?</p> <p>а) повышение регенераторных возможностей тканей б) длительное сохранение нити в тканях в) предупреждение нагноений г) предупреждение краевого некроза раны д) снижение общей реакции организма на рану</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
70	<p>При какой температуре проводится консервирование аллопластических материалов быстрым замораживанием?</p> <p>а) от –12 до –20 °С б) от –32 до –52 °С в) от –65 до –85 °С г) от –93 до –123 °С д) от –183 до 273 °С</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5

71	<p>Кого из нижеперечисленных ученых можно отнести к идейным предшественникам антисептики?</p> <p>а) Шиммельбуш, Бергман, Пирогов б) Юревич, Бергман, Буяльский в) Лемер, Склифосовский, Пастер г) Лемер, Пирогов, Пастер д) Склифосовский, Пелехин, Субботин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
72	<p>Кто из названных ученых является основоположником антисептики?</p> <p>а) Бергман б) Пастер в) Листер г) Пелехин д) Шиммельбуш</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
73	<p>Распределите нижеперечисленные мероприятия по видам антисептики (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) физическая антисептика 2) химическая антисептика 3) биологическая антисептика 4) смешанная антисептика</p> <p>а) дренирование плевральной полости при гнойном плеврите по Бюлау б) проточно-промывное дренирование гнойной раны в) применение для местного лечения гнойной раны химотрипсина г) промывание гнойной раны во время перевязки раствором хлоргексидина биглюконата д) обработка длительно незаживающей гнойной раны низкоинтенсивным лазерным излучением</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 в, 4 г), 2 (1 а, 2 г, 3 д, 4 б), 3 (1 ад, 2 г, 3 в, 4 б), 4 (1 д, 2 аг, 3 в, 4 б), 5 (1 ад, 2 в, 3 г, 4 б).</i></p>	3
74	<p>Распределите по группам нижеследующие антисептические препараты (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) производные нитрофурана 2) окислители 3) детергенты</p> <p>а) хлоргексидина биглюконат б) перекись водорода в) фурагин г) метронидазол д) калия перманганат</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 вг), 2 (1 вг, 2 бд, 3 а), 3 (1 в, 2 бд, 3 а), 4 (1 г, 2 бд, 3 а), 5 (1 в, 2 абд, 3 г).</i></p>	3
Компетенция ОПК-4 (6 семестр)		
75	<p>Какой антисептик, все еще применяемый в настоящее время для лечения, не эффективен из-за адаптации к нему микроорганизмов?</p> <p>а) хлоргексидина биглюконат б) борная кислота в) перекись водорода г) фурацилин</p>	4

	<p>д) гипохлорит натрия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	
76	<p>Какие антисептики из солей тяжелых металлов в настоящее время запрещены для применения?</p> <p>а) нитрат серебра б) сулема в) оксицианистая ртуть г) протаргол д) колларгол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 ад, 3 бд, 4 бв, 5 гд.</i></p>	4
77	<p>Какие комбинации веществ необходимы для получения гипохлорита натрия путем гидролиза?</p> <p>а) поваренная соль, дистиллированная вода б) поваренная соль, марганцевокислый калий, дистиллированная вода в) поваренная соль, глюкоза, дистиллированная вода г) перигидроль, дистиллированная вода д) 3% раствор перекиси водорода, дистиллированная вода</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
78	<p>Какие из перечисленных препаратов относятся к сульфаниламидам?</p> <p>а) бисептол б) диоксидин в) тималин г) лифузоль д) тинидазол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
79	<p>Какой способ применения антимикробных препаратов относится к поверхностной антисептике?</p> <p>а) внутривенное введение б) обкалывание тканей вокруг раны в) нанесение на рану г) внутримышечное введение д) введение в полость сустава</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
80	<p>Выделите из нижеперечисленных мер воздействия на микробы те, которые относятся к физической антисептике:</p> <p>а) применение марлевого тампона, лазерная обработка раны, вакуумная обработка раны б) применение 10% раствора хлорида натрия, химотрипсина, резиновой полоски в) введение в рану резиновой трубки, воздействие солнечных лучей, переливание плазмы г) ультрафиолетовое облучение раны, воздействие током высокой частоты (УВЧ), лазерная обработка раны, промывание раны раствором перекиси водорода д) иссечение краев и дна раны, остановка кровотечения, удаление инородных тел, наложение швов</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1

81	<p>Какие из нижеприведенных мероприятий можно отнести к механической антисептике?</p> <p>а) выполнение хирургической обработки раны б) дренирование раны двухпросветным дренажом в) промывание раны раствором гипохлорита натрия г) применение ультразвуковой кавитации д) вакуумирование раны</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
82	<p>Какие современные дополнительные методы физической антисептики целесообразно применять во время проведения хирургической обработки гнойной раны?</p> <p>а) обработку раны 3% перекисью водорода б) промывание раны 5% водным раствором хлоргексидина в) ультразвуковую кавитацию г) иссечение инфильтрата на дне раны д) обработку раны пульсирующей струей раствора антисептика</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бг, 3 вд, 4 вг, 5 гд.</i></p>	3
83	<p>Лечение гнойной раны в управляемой абактериальной среде обеспечивает:</p> <p>а) создание в ране неблагоприятного микроклимата для микроорганизмов б) изоляцию раны от внутригоспитальной микрофлоры в) повышение свертываемости крови г) коррекцию метаболических процессов в ране д) коррекцию иммунитета</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 ав, 4 вг, 5 вд.</i></p>	1
84	<p>К средствам биологической антисептики относятся:</p> <p>а) хлористый натрий б) викасол в) аминокaproновая кислота г) противостолбнячный анатоксин д) интерферон</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвг, 3 гд, 4 бгд, 5 бвд.</i></p>	3
85	<p>Назовите способы применения ферментов животного происхождения (трипсин, химотрипсин, ронидаза):</p> <p>а) местное применение на раны б) электрофорез в) внутривенное введение г) в виде ингаляций д) эндолимфатическое введение</p> <p><i>Варианты ответа: 1 бвг, 2 абг, 3 авг, 4 агд, 5 вгд.</i></p>	2
86	<p>Какие процессы лежат в основе антисептического действия на рану протеолитических ферментных препаратов?</p> <p>а) лизирование некротических тканей б) противоотечное действие в) усиление альтерации г) стимуляция местного иммунитета д) усиление эксудации</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 ав, 3 аб, 4 аг, 5 бд.</i></p>	3

87	<p>Какие препараты можно использовать для профилактики кандидоза, развивающегося в результате длительного применения антибиотиков?</p> <p>а) фуразолидон б) леворин в) сульфален г) метронидазол д) нистатин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 вд, 3 ад, 4 бд, 5 аг.</i></p>	4
88	<p>Какие из перечисленных антибиотиков относятся к аминогликозидам?</p> <p>а) ампициллин б) гентамицин в) кефзол г) вибрамицин д) амикацин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 бг, 2 аг, 3 бд, 4 гд, 5 гд.</i></p>	3
89	<p>Какой механизм действия на микрофлору характерен для протеолитических ферментов?</p> <p>а) разрушение оболочки б) изменение обмена веществ в) воздействие на генную структуру микроба г) нарушение среды обитания д) активация местного иммунитета</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 бвд, 4 ад, 5 г.</i></p>	5
90	<p>К какому виду антисептики относится ферментативное удаление некротических тканей из раны?</p> <p>а) механическая антисептика б) биологическая антисептика в) химическая антисептика г) физическая антисептика д) смешанная антисептика</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
91	<p>Какие из перечисленных препаратов биологической антисептики относятся к иммуностимулирующим?</p> <p>а) стафилококковый анатоксин б) лизоцим в) поливалентный бактериофаг г) сандоглобулин д) ируксол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абг, 2 абв, 3 бвг, 4 агд, 5 бгд.</i></p>	1
Боль и обезболивание		
Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Компетенция ПК-1 (5 семестр)		
Наркоз		

92	<p>Какие из перечисленных признаков являются характерными для общего обезболивания?</p> <p>а) утрата сознания б) утрата реакции сосудодвигательного центра в) утрата условных рефлексов г) утрата двигательной активности д) утрата чувствительности</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 абв, 4 авгд, 5 бвгд.</i></p>	4
93	<p>Кто впервые применил закись азота для обезболивания?</p> <p>а) Мортон б) Джексон в) Симпсон г) Уэлс д) Уоррен</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
94	<p>Кто из нижеперечисленных ученых (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) впервые применил эфир для ингаляционного наркоза 2) впервые применил хлороформ для ингаляционного наркоза 3) синтезировал новокаин 4) впервые применил при наркозе миорелаксанты 5) впервые применил гедонал для внутривенного наркоза</p> <p>а) Мортон б) Симпсон в) Гриффит г) Эйнгорн д) Федоров</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 г, 4 в, 5 д), 2 (1 б, 2 в, 3 д, 4 а, 5 г), 3 (1 в, 2 д, 3 а, 4 б, 5 в), 4 (1 а, 2 в, 3 г, 4 д, 5 б), 5 (1 а, 2 в, 3 д, 4 г, 5 б).</i></p>	
95	<p>Для проведения наркоза лицевой маской можно использовать:</p> <p>а) фентанил б) дитилин в) фторотан г) кетамин (калипсол) д) дроперидол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 абг, 3 бвд, 4 в, 5 г.</i></p>	4
96	<p>Какие из перечисленных средств используются для внутривенного наркоза?</p> <p>а) кетамин б) кефзол в) реланиум г) лидокаин д) гексенал</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вdg, 4 авд, 5 авгд.</i></p>	4
97	<p>Назовите основные преимущества эндотрахеального наркоза перед масочным:</p> <p>а) уменьшение токсического влияния анестетика б) легкость управления глубиной наркоза в) предупреждение западения языка г) предупреждение аспирации д) простота выполнения</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 бв, 3 авг, 4 гд, 5 дб.</i></p>	3

98	<p>Миорелаксанты при наркозе применяются:</p> <p>а) для создания артериальной гипотонии б) для расслабления скелетной мускулатуры в) для расслабление гладкой мускулатуры г) для предупреждение аспирации д) для улучшение условий при интубации трахеи</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 бд, 4 вг, 5 гд.</i></p>	3
99	<p>Дитилин относится к группе:</p> <p>а) седативных препаратов б) анальгетиков в) нейролептических средств г) антиадренэргических средств д) мышечных релаксантов</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
100	<p>К мышечным релаксантам относятся:</p> <p>а) ардуан б) дитилин в) листенон г) фентанил д) сомбревин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бд, 3 вг, 4 абг, 5 абв.</i></p>	5
101	<p>Разделите указанные ингаляционные анестетики (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) жидкие анестетики 2) газообразные анестетики</p> <p>а) эфир б) циклопропан в) закись азота г) пентран (метоксифлуран) д) фторотан</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 бвгд), 2 (1 б, 2 авгд), 3 (1 аг, 2 бвд), 4 (1 агд, 2 бв), 5 (1 бв, 2 агд).</i></p>	4
102	<p>Какое из перечисленных средств является галлюциногеном?</p> <p>а) эфир б) фторотан в) кетамин (калипсол) г) фторотан д) тиопентал-натрий</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
103	<p>Базисный наркоз применяется:</p> <p>а) для быстрого ввода в наркоз б) для устранения эмоциональных реакций до начала операции в) для релаксации мышц г) для управления жизненно-важными функциями организма во время операции д) для профилактики асфиксии</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 ав, 5 бд.</i></p>	1

104	<p>Вводный наркоз применяется:</p> <p>а) для релаксации мышц б) для предупреждения гипотонии в) для усиления действия поддерживающего наркоза г) для быстрого усыпления больного без стадии возбуждения д) для профилактики паралича дыхательного центра</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 бв, 4 г, 5 вд.</i></p>	4
105	<p>Какие препараты чаще используются для вводного наркоза?</p> <p>а) тиопентал-натрий б) гексенал в) эфир г) фентанил д) атропин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 аг, 3 бд, 4 аб, 5 гд.</i></p>	4
106	<p>При каких способах ингаляционного наркоза выдох происходит (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) в атмосферу 2) частично в аппарат, частично в атмосферу 3) в аппарат</p> <p>а) открытый способ наркоза б) полуоткрытый способ наркоза в) полужакрытый способ наркоза г) закрытый способ наркоза</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 аб, 2 в, 3 г), 2 (1 в, 2 а, 3 в, 3 (1 вг, 2 а, 3 в), 4 (1 вг, 2 а, 3 а), 5 (1 б, 2 а, 3 вг).</i></p>	1
107	<p>Определите правильную последовательность действий при выполнении эндотрахеального наркоза:</p> <p>а) введение миорелаксантов б) вводный наркоз в) использование ганглиоблокаторов г) применение поддерживающего наркоза д) интубация трахеи</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвгд, 2 дгвба, 3 дгаб, 4 бадг, 5 бдг.</i></p>	4
108	<p>При эндотрахеальном наркозе выдох больного происходит в аппарат. Какое приспособление надо иметь обязательно при этом в наркозном аппарате?</p> <p>а) увлажнитель воздуха б) волюметр в) предохранительный клапан г) манометр д) поглотитель углекислого газа</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
109	<p>Какие из перечисленных мероприятий обязательны при подготовке больного к операции и наркозу?</p> <p>а) назначение гормональных препаратов б) назначение седативной терапии в) опорожнение желудочно-кишечного тракта г) назначение сердечных средств д) опорожнение мочевого пузыря</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 авв, 4 бвд, 5 вгд.</i></p>	4

110	<p>Для какой стадии эфирного наркоза характерны покраснение лица, расширение зрачков, учащение дыхания, повышение артериального давления, усиление тонуса мышц?</p> <p>а) 1 стадия б) 2 стадия в) 3 стадия г) 4 стадия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 вг.</i></p>	2
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов</p> <p>Компетенция ПК-1 (5 семестр)</p>		
111	<p>В какой стадии эфирного наркоза впервые отмечается аналгезия?</p> <p>а) 1 стадия б) 2 стадия в) 3 стадия г) 4 стадия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г.</i></p>	1
112	<p>Какая стадия эфирного наркоза делится на уровни?</p> <p>а) 1 стадия б) 2 стадия в) 3 стадия г) все стадии</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 в, 4 б, 5 г.</i></p>	3
113	<p>В какой стадии наркоза можно выполнять продолжительные операции?</p> <p>а) 1 стадия б) 2 стадия в) 3 стадия 2 уровень г) 3 стадия 4 уровень д) 4 стадия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 бв, 5 гд.</i></p>	3
114	<p>Выберите осложнения, возможные при масочном наркозе:</p> <p>а) резкое снижение артериального давления б) рвота в) западение языка г) остановка дыхания д) регургитация</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абв, 4 абвг, 5 абвгд.</i></p>	5
115	<p>Какие осложнения возможны при эндотрахеальном наркозе?</p> <p>а) резкое снижение артериального давления б) регургитация в) западение языка г) аспирация инородных тел д) менингизм</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 аб, 3 абв, 4 абвг, 5 абвгд.</i></p>	2
116	<p>Какое осложнение невозможно при эндотрахеальном наркозе?</p> <p>а) снижение артериального давления б) повреждение зубов в) регургитация г) западение языка д) повреждение слизистой</p>	4

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	
117	<p>Для какой стадии эфирного наркоза характерно осложнение в виде рвоты?</p> <p>а) 1 стадии б) 2 стадии в) 3 стадии г) всех стадий д) ни одной из стадий</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
118	<p>Выберите способы борьбы с клинической смертью (как осложнением наркоза):</p> <p>а) введение сердечных гликозидов б) введение гормонов в) искусственная вентиляция легких г) электрическая дефибриляция сердца д) массаж сердца</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 аб, 4 вгд.</i></p>	4
119	<p>С какой целью во время наркоза используют воздуховод?</p> <p>а) предупреждение аспирации инородных тел б) предупреждение ларингоспазма в) предупреждение западения языка г) интубация трахеи д) предупреждение бронхоспазма</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абг, 4 гд, 5 в.</i></p>	5
120	<p>Какие средства используются при нейролептоаналгезии?</p> <p>а) дроперидол б) сибазон в) аминазин г) дитилин д) фентанил</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 ад, 4 гд, 5 вд.</i></p>	3
121	<p>Искусственная гипотония используется:</p> <p>а) для повышения устойчивости организма к кислородному голоданию б) для профилактики операционного шока в) для уменьшения кровопотери г) для релаксации мышц д) для углубления наркоза</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 гд, 5 вг.</i></p>	3
<p>Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Компетенция ПК-1 (6 семестр)</p>		
	Местная анестезия	

122	<p>Выберите из перечисленного способы местной анестезии:</p> <p>а) анестезия охлаждением б) инфильтрационная анестезия в) анестезия фторотаном г) анестезия с применением миорелаксантов д) анестезия смазыванием</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 абд, 3 в, 4 г, 5 вг.</i></p>	2
123	<p>Какие из перечисленных веществ относятся к местным анестетикам?</p> <p>а) пропанидид б) новокаин в) калипсол г) тримекаин д) лидокаин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 ав, 3 в, 4 бгд, 5 вг.</i></p>	4
124	<p>С целью усиления местной анестезии и ее продления в раствор новокаина добавляют:</p> <p>а) адреналин б) миорелаксанты в) антибиотики г) полиглюкин д) витамин В6</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
125	<p>В каких случаях предпочтительнее использовать местную анестезию, а не наркоз?</p> <p>а) у больных в возрасте до 10 лет б) у больных с нарушениями психики в) при наличии воспалительных изменений тканей в зоне операции г) при наличии у больных дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности д) у истощенных больных старческого возраста</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 бвг, 4 бв, 5 гд.</i></p>	5
126	<p>Противопоказания к местной анестезии:</p> <p>а) возраст старше 60 лет б) возраст до 7 лет в) психические заболевания г) операции с открытым пневмотораксом д) непереносимость местных анестетиков</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аг, 3 абв, 4 абвг, 5 бвгд.</i></p>	5
127	<p>Недостатки местной анестезии:</p> <p>а) отсутствие расслабления мышц б) отключение сознания в) невозможность контроля за состоянием гемодинамики г) отсутствие должного обезболивающего эффекта при гнойно-воспалительных процессах д) сохранение тактильной чувствительности</p> <p><i>Варианты ответа: 1 вд, 2 бд, 3 аг, 4 абв, 5 бвд.</i></p>	3
128	<p>При каких операциях целесообразно отказаться от местной анестезии?</p> <p>а) при операциях на органах грудной клетки б) при операциях на органах брюшной полости в) при операциях на нижних конечностях г) при операциях на щитовидной железе д) при всех перечисленных операциях</p>	1

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 бв, 3 вг, 4 г, 5 д.</i>	
129	<p>Достоинства инфльтрационной анестезии:</p> <p>а) возможность одновременного использования для гидравлической препаровки тканей б) безопасность (при соблюдении всех правил) в) отсутствие резорбтивного действия на организм г) достижение миорелаксации д) простота методики</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абд, 2 вг, 3 г, 4 в, 5 вгд.</i></p>	1
130	<p>Какой концентрации новокаин наиболее часто используется для инфльтрационной анестезии?</p> <p>а) 0,25% б) 1% в) 2% г) 4% д) 5%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
131	<p>«Лимонная корка» появляется при введении местного анестетика:</p> <p>а) внутрикожно б) подкожно в) внутримышечно г) внутривенно д) внутриплеврально</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 а, 4 б, 5 гд.</i></p>	3
132	<p>Для какого вида анестезии свойственны следующие этапы выполнения: создание «лимонной корки», создание тугого инфльтра в подкожной клетчатке, создание тугого инфльтра под фасцией или апоневрозом и т. д.?</p> <p>а) по Гроссиху-Филончикову б) по Юдину в) по Брауну г) по Оберсту-Лукашевичу д) по Вишневскому</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
133	<p>Анестезия по Вишневскому проводится раствором новокаина следующей концентрации:</p> <p>а) 0,25% б) 0,5% в) 1% г) 2% д) 5%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1

134	<p>Положительные качества анестезии по А.В. Вишневскому:</p> <p>а) простота б) универсальность в) отсутствие токсических реакций г) возможность гидравлической препаровки тканей д) невозможность аллергических реакций</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 гд, 3 вгд, 4 абвг, 5 бд.</i></p>	4
135	<p>При каких операциях обычно применяется проводниковая анестезия (исключая эпидуральную и спинномозговую)?</p> <p>а) при операциях на органах грудной клетки б) при операциях на пальцах в) при стоматологических операциях г) при гастрэктомии д) при гинекологических операциях</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 бв, 3 ад, 4 гд, 5 д.</i></p>	2
136	<p>Какие из перечисленных анестезий относятся к проводниковым?</p> <p>а) внутривенная б) внутрикостная в) спинномозговая г) эпидуральная д) смазыванием (орошением)</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 б, 3 вг, 4 бд, 5 ад.</i></p>	3
137	<p>Проводниковая анестезия проводится раствором новокаина следующей концентрации:</p> <p>а) 1% б) 2% в) 0,5% г) 0,25% д) 5%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абд, 2 вг, 3 авг, 4 аб, 5 бд.</i></p>	4
138	<p>Какие виды местной анестезии предпочтительнее использовать при операциях на нижних конечностях?</p> <p>а) инфильтрационная анестезия б) нейролептоаналгезия в) анестезия смазыванием г) внутривенная местная анестезия д) эпидуральная анестезия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 бв, 2 агд, 3 бвд, 4 б, 5 бд.</i></p>	2
139	<p>Какой вид анестезии для операции по поводу подкожного панариция Вы выберете?</p> <p>а) анестезию по Оберсту-Лукашевичу б) анестезию охлаждением в) эпидуральную анестезию г) масочный наркоз д) внутривенную местную анестезию</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1

140	<p>Какую концентрацию раствора новокаина обычно используют при анестезии по Оберсту-Лукашевичу?</p> <p>а) 0,25% б) 0,5% в) 1% г) любую из указанных д) ни одну из указанных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов</p> <p>Компетенция ПК-1 (6 семестр)</p>		
141	<p>Анестезию по Оберсту-Лукашевичу используют при операциях:</p> <p>а) на длинных трубчатых костях б) на органах брюшной полости в) на пальцах кисти г) на органах шеи д) на органах грудной клетки</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
142	<p>Наиболее безопасный вид анестезии при операции по поводу грыжи:</p> <p>а) местная внутривенная анестезия б) масочный наркоз в) эндотрахеальный наркоз г) спинномозговая анестезия д) анестезия по А.В. Вишневскому</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
143	<p>Куда вводится анестетик при спинномозговой анестезии?</p> <p>а) субарахноидально б) перидурально в) паравертебрально г) периневрально д) эндоневрально</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
144	<p>При каком виде анестезии анестетик вводится в спинномозговую жидкость?</p> <p>а) при паравертебральной б) при перидуральной в) при анестезии по Оберсту-Лукашевичу г) при анестезии по Вишневскому д) ни при одном из перечисленных видов анестезии</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
145	<p>Анестетик введен в узкую щель между надкостницей позвонков (наружный листок) и твердой мозговой оболочкой (внутренний листок). Какая анестезия выполнена?</p> <p>а) плексусная б) паравертебральная в) внутривенная г) спинномозговая д) эпидуральная</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 аб, 3 абв, 4 г, 5 д.</i></p>	5

146	<p>Для эпидуральной анестезии используют:</p> <p>а) анальгин б) лидокаин в) дикаин г) тиопентал-натрий д) тримекаин</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвд, 3 аг, 4 вд, 5 аб.</i></p>	2
147	<p>При каких операциях обычно применяется эпидуральная анестезия?</p> <p>а) операции на грудной клетке б) операции на верхних конечностях в) операции на голове г) операции на органах малого таза д) операции на нижних конечностях</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 ав, 4 гд, 5 ав.</i></p>	4
148	<p>В каких из перечисленных ситуаций могут быть применены новокаиновые блокады?</p> <p>а) при цистоскопии б) при фиброгастроскопии в) при переломе ребер г) при почечной колике д) при огнестрельных ранениях конечностей</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 вгд, 4 аб, 5 абг.</i></p>	3
149	<p>Осложнения местной анестезии могут быть связаны:</p> <p>а) с повышенной чувствительностью больного к анестетику б) с проникновением раствора анестетика внутрь анатомических футляров в) с развитием некроза инфильтрированных раствором анестетика тканей г) с введением раствора анестетика в толщу нервного ствола д) с передозировкой анестетика</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвг, 4 абвгд, 5 ад.</i></p>	5
150	<p>При какой анестезии возможно развитие таких осложнений, как снижение артериального давления, угнетение дыхания, менингизм, менингит?</p> <p>а) местная внутривенная б) местная внутрикостная в) перидуральная г) спинномозговая д) общая</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 аб, 4 вг, 5 бд.</i></p>	4
151	<p>Какие из перечисленных осложнений встречаются при эпидуральной анестезии?</p> <p>а) гипертензия б) нарушения дыхания в) гипогликемия г) рвота д) судорожные припадки</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвгд, 4 бгд, 5 бвгд.</i></p>	4

Общие нарушения соматического статуса хирургических больных

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Компетенция ПК-1 (5 семестр)**

Кровотечение и кровопотеря

152	<p>Свяжите определения понятий с их названиями (подберите пары «вопрос–ответ»): 4</p> <p>1) вытекание крови из сосуда в ткани, во внешнюю среду или в какую-нибудь полость тела 2) диффузное пропитывание кровью какой-либо ткани 3) скопление крови, ограниченное тканями 4) скопление крови в брюшной полости 5) скопление крови в плевральной полости а) гемоперитонеум б) гематома в) гемоторакс г) кровотечение д) кровоизлияние е) гемипарез</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 г, 2 в, 3 г, 4 д, 5 е), 2 (1 д, 2 а, 3 б, 4 в, 5 д), 3 (1 г, 2 д, 3 б, 4 б, 5 в), 4 (1 г, 2 д, 3 б, 4 а, 5 в).</i></p>	4
153	<p>Определите виды следующих кровотечений (подберите пары «вопрос–ответ»): 3</p> <p>1) кровотечение из язвы желудка 2) кровотечение в брюшную полость при внематочной беременности 3) кровотечение из варикозной язвы 4) внутриплевральное кровотечение при закрытой травме грудной клетки 5) кровотечение в виде пульсирующей струи ярко красного цвета из раны в верхней трети бедра а) наружное венозное кровотечение б) наружное артериальное кровотечение в) внутреннее скрытое кровотечение г) внутреннее явное кровотечение д) капиллярное кровотечение е) паренхиматозное кровотечение</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 г, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д), 2 (1 в, 2 г, 3 д, 4 е, 5 а), 3 (1 г, 2 в, 3 а, 4 в, 5 б), 4 (1 г, 2 в, 3 д, 4 г, 5 б), 5 (1 в, 2 е, 3 а, 4 г, 5 б).</i></p>	3
154	<p>К какому виду по срокам можно отнести следующие кровотечения (подберите пары «вопрос–ответ»)? 3</p> <p>1) кровотечение из раны в верхней трети бедра, развившееся через 1 час с момента получения ранения во время транспортировки больного в лечебное учреждение 2) кровотечение из раны предплечья, возникшее непосредственно после получения ранения 3) кровотечение из гнойной раны ягодицы, возникшее через 4 дня после вскрытия абсцесса. 4) желудочное кровотечение (рвота сгустками крови, причем рвота кровью отмечалась у больного на протяжении последних 10 дней уже дважды) а) первичное кровотечение б) ранее вторичное кровотечение в) позднее вторичное кровотечение г) рецидивирующее кровотечение</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 б, 2 а, 3 в, 4 а), 2 (1 а, 2 г, 3 б, 4 в), 3 (1 б, 2 а, 3 в, 4 г), 4 (1 б, 2 г, 3 в, 4 а).</i></p>	3

155	<p>Во время перевязки при извлечении тампона из гнойной раны появилось обильное выделение темной крови. Какое это кровотечение?</p> <p>а) первичное артериальное б) раннее вторичное артериальное в) позднее вторичное артериальное г) раннее вторичное венозное д) позднее вторичное венозное</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
156	<p>Причиной ранних вторичных кровотечений является:</p> <p>а) выброс тромба из кровеносного сосуда б) аррозия сосуда в) соскальзывание лигатуры с сосуда г) гнойное расплавление тромба д) все ответы верны</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 д, 3 ав, 4 г, 5 бг.</i></p>	3
157	<p>Причиной поздних вторичных кровотечений является:</p> <p>а) выброс тромба из кровеносного сосуда б) аррозия сосуда в) соскальзывание лигатуры с сосуда г) гнойное расплавление тромба д) все ответы верны</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 д, 3 ав, 4 г, 5 бг.</i></p>	5
158	<p>Сроки поздних вторичных кровотечений:</p> <p>а) 1–3 сутки б) 3–5 сутки в) 5–7 сутки г) позже 7 суток д) не ранее 14 суток</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
159	<p>Ограниченное скопление крови в толще мягких тканей с образованием в них полости называется:</p> <p>а) гематомой б) петехией в) экхимозом г) кровоподтеком д) гематомезисом</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
160	<p>Как называются небольшие точечные кровоизлияния в кожу?</p> <p>а) петехии б) гематомы в) экхимозы г) пурпура д) папулы</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
161	<p>Мелена – это:</p> <p>а) стул с прожилками крови б) дегтеобразный стул в) стул со сгустками крови г) стул в виде «малинового желе» д) неокрашенный стул с кровью</p>	2

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	
162	<p>Признаки гемартроза:</p> <p>а) повышение температуры тела б) травма сустава в анамнезе в) признаки наличия жидкости в полости сустава г) отсутствие пассивных движений в суставе д) увеличение сустава в объеме</p> <p><i>Варианты ответа: 1 бвгд, 2 абд, 3 бвд, 4 аг, 5 бг.</i></p>	3
163	<p>Местные проявления внутриплеврального кровотечения:</p> <p>а) притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки б) бронхиальное дыхание при аускультации в) сухие и влажные хрипы при аускультации г) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки д) ослабление дыхательных шумов при аускультации</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абг, 3 ав, 4 агд, 5 бг.</i></p>	4
164	<p>Общие симптомы кровотечения:</p> <p>а) высокая температура тела б) бледность кожных покровов и слизистых в) лейкопения г) частый слабый пульс д) прогрессирующее падение артериального давления</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 авг, 4 бгд, 5 абвг.</i></p>	4
165	<p>Нормальные показатели гематокрита у человека:</p> <p>а) 20–25% б) 30–33% в) 35–37% г) 39–42% д) 45–50%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
166	<p>Клиника острой кровопотери возникает при потере крови в количестве:</p> <p>а) свыше 250 мл б) свыше 500 мл в) свыше 1000 мл г) свыше 1500 мл д) свыше 2000 мл</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
167	<p>Укажите нижнюю границу дефицита глобулярного объема при кровопотере тяжелой степени:</p> <p>а) более 10% б) более 20% в) более 30% г) более 40% д) более 50%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенция ПК-1 (6 семестр)</p>		

168	<p>Перечислите основные моменты механизма адаптации организма к кровопотере:</p> <p>а) вазодилатация б) спазм сосудов в) тахикардия г) учащение дыхания д) привлечение в кровяное русло жидкости и крови из депо</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 бвгд, 4 абвг, 5 авг.</i></p>	3
169	<p>Перечислите главные факторы, определяющие эффективность механизмов адаптации к кровопотере:</p> <p>а) функциональное состояние сердечно-сосудистой системы б) наличие или отсутствие патологии сосудов нижних конечностей в) состояние сосудистой системы органов пищеварения г) общее состояние организма в момент кровотечения д) биохимические свойства крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 аб, 3 вг, 4 бгд, 5 агд.</i></p>	5
170	<p>Более адаптирован к кровопотере организм:</p> <p>а) мужчин б) женщин в) детей г) подростков д) пожилых людей</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
171	<p>Что способствует самопроизвольной остановке кровотечения?</p> <p>а) падение гемоглобина крови б) сгущение крови в) падение артериального давления г) нарушение ритма дыхания д) контакт просвета сосудов с внешней средой</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
172	<p>Перечислите методы временной остановки кровотечения:</p> <p>а) наложение жгута б) диатермокоагуляция в) максимальное сгибание конечности г) тампонада раны д) давящая повязка</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бвг, 3 бвгд, 4 авгд, 5 бвд.</i></p>	4
173	<p>Свяжите названия сосудов с местами их прижатия для остановки кровотечения подберите пары «вопрос–ответ»:</p> <p>1) сонная артерия 2) подкрыльцовая артерия 3) плечевая артерия 4) бедренная артерия</p> <p>а) поперечный отросток 6-го шейного позвонка б) 1-е ребро в точке, располагающейся тотчас снаружи от места прикрепления грудино-ключично-сосковой мышцы к рукоятке грудины в) внутренняя поверхность плечевой кости в средней трети г) головка плечевой кости д) горизонтальная ветвь лобковой кости е) наружная поверхность диафиза бедренной кости на границе нижней и средней ее третей</p>	3

	<i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 г, 4 е), 2 (1 б, 2 г, 3 в, 4 д), 3 (1 а, 2 г, 3 в, 4 д), 4 (1 б, 2 г, 3 в, 4 е), 5 (1 а, 2 в, 3 г, 4 д).</i>	
174	<p>Выберите правильные ответы (правила наложения жгута):</p> <p>а) жгут накладывают на конечность проксимальнее кровотокающей раны</p> <p>б) жгут накладывают на конечность проксимальнее кровотокающей раны при артериальном кровотоке и дистальнее кровотокающей раны при венозном кровотоке</p> <p>в) жгут накладывают на одежду</p> <p>г) жгут накладывают после снятия одежды на обнаженную конечность</p> <p>д) максимальное время наложения жгута – 4 часа</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а в, 2 б г д, 3 а г д, 4 а г, 5 б в.</i></p>	1
175	<p>Максимальная длительность наложения жгута составляет:</p> <p>а) 30 минут</p> <p>б) 60 минут</p> <p>в) 90 минут</p> <p>г) 120 минут</p> <p>д) 180 минут</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
176	<p>Из перечисленных ниже методов остановки кровотечения все относятся к окончательным, кроме:</p> <p>а) диатермокоагуляции</p> <p>б) применения гемостатической губки</p> <p>в) перевязки сосуда в ране</p> <p>г) тампонады раны печени сальником на ножке</p> <p>д) наложения зажима на сосуд в ране</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
177	<p>Какие из перечисленных мероприятий относятся к механическим методам окончательной остановки кровотечений?</p> <p>а) перевязка сосуда в ране</p> <p>б) тампонада раны</p> <p>в) наложение зажима на кровотокающий сосуд</p> <p>г) наложение жгута</p> <p>д) сосудистый шов</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а б в, 2 б в, 3 б в г, 4 в г д, 5 а д.</i></p>	5
178	<p>Какие из перечисленных методов остановки кровотечения относятся к биологическим?</p> <p>а) тампонада кровотокающей раны печени сальником</p> <p>б) внутривенно-капельное введение аминокaproновой кислоты</p> <p>в) назначение викасола</p> <p>г) внутримышечное введение лошадиной сыворотки</p> <p>д) введение в кровотокающую рану тампона, смоченного раствора тромбина</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а б, 2 а б г, 3 а б в д, 4 а б в г, 5 а в г д.</i></p>	5
179	<p>Какие из перечисленных мероприятий относятся к физическим методам окончательной остановки кровотечений?</p> <p>а) временное шунтирование сосуда</p> <p>б) диатермокоагуляция</p> <p>в) перевязка сосуда на протяжении</p> <p>г) ультразвуковое сканирование</p> <p>д) криодеструкция</p>	3

	<i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абвг, 3 бд, 4 бгд, 5 бвгд.</i>	
180	<p>Какие из перечисленных мероприятий относятся к химическим методам окончательной остановки кровотечений?</p> <p>а) внутривенное введение аминокaproновой кислоты б) внутримышечное введение викасола в) внутривенное введение лейкотромбомассы г) внутриаrтериальное переливание крови д) прием внутрь гемофобина</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 абв, 3 бвгд, 4 вгд, 5 гд.</i></p>	1
181	<p>Показанием к сосудистому шву является:</p> <p>а) повреждение большой подкожной вены бедра б) повреждение подколенной артерии в) паренхиматозное кровотечение г) повреждение дорзальной артерии стопы д) повреждение нижней полой вены</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 бд, 3 в, 4 г, 5 вг.</i></p>	2
182	<p>Тромбин в качестве средства для остановки кровотечения используется:</p> <p>а) местно б) внутривенно в) внутриаrтериально г) внутрикостно д) интpалюмбально</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
183	<p>Лечение острой кровопотери на догоспитальном этапе начинают с переливания:</p> <p>а) эритромаccы б) донорской крови в) кристаллоидных растворов г) коллоидных растворов д) плазмы</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
184	<p>Для лечения острой постгеморрагической гиповолемии с самого начала используют:</p> <p>а) вазопрессоры б) кардиотонические средства в) плазмозаменители г) эритромаccу д) аналептики</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 гд, 3 авд, 4 абд, 5 вг.</i></p>	5
185	<p>При гемоперитонеуме для восполнения кровопотери можно использовать метод:</p> <p>а) реинфузии б) аутогемотpансфузии в) гемосорбции г) гемофилтрации д) гемодилуции</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
<p>Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов</p> <p>Компетенция ПК-2 (5 семестр)</p>		

Эндогенная интоксикация, водно-электролитные и гемокоагуляционные нарушения у хирургических больных		
186	<p>Назовите какой процент от массы тела мужчины среднего веса составляет вода?</p> <p>а) 30%</p> <p>б) 40%</p> <p>в) 50%</p> <p>г) 60%</p> <p>д) 70%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
187	<p>На какие две основные части делится вся жидкость в организме (выберите правильные названия)?</p> <p>а) внутрисосудистую</p> <p>б) внутриклеточную</p> <p>в) внутритканевую</p> <p>г) внеклеточную</p> <p>д) внесосудистую</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 бг, 3 аб, 4 вг, 5 бд.</i></p>	2
188	<p>Что такое интерстициальная жидкость?</p> <p>а) жидкость сосудистого русла</p> <p>б) жидкость желудочно-кишечного тракта</p> <p>в) межклеточная жидкость</p> <p>г) внутрисуставная жидкость</p> <p>д) жидкость, находящаяся в различных протоках</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 д, 3 г, 4 в, 5 б.</i></p>	4
189	<p>Основным катионом внеклеточной жидкости является:</p> <p>а) натрий</p> <p>б) калий</p> <p>в) кальций</p> <p>г) магний</p> <p>д) железо</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
190	<p>Основными анионами внеклеточной жидкости являются:</p> <p>а) хлориды</p> <p>б) бикарбонат</p> <p>в) фосфаты</p> <p>г) сульфаты</p> <p>д) белки</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бв, 3 аб, 4 ад, 5 вг.</i></p>	3
191	<p>Какие варианты определения диуреза применяются в хирургической и реанимационной практике?</p> <p>а) определение суточного количества мочи</p> <p>б) определение количества мочи каждые 4 часа</p> <p>в) определение количества мочи каждые 2 часа</p> <p>г) определение количества мочи каждые 8 часов</p> <p>д) определение количества мочи каждый час</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 д, 3 абв, 4 агд, 5 абд.</i></p>	4

192	<p>Укажите признаки дефицита воды в организме:</p> <p>а) повышение тонуса глазного яблока б) наличие глубокой срединной продольной борозды на языке в) жажда г) сухость в подмышечных и паховых областях д) влажные хрипы в легких</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 бв, 3 вг, 4 ад, 5 гд.</i></p>	3
193	<p>«Третье водное пространство» – это жидкость организма, находящаяся:</p> <p>а) в клетках тканей б) вне клеток тканей в) в клетках и вне клеток тканей в области ожога г) в клетках и вне клеток тканей в зоне проведенного хирургического вмешательства д) в клетках и вне клеток тканей в области гнойного воспаления</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 аб, 4 вгд.</i></p>	4
194	<p>Укажите признаки хронической дегидратации с потерей электролитов:</p> <p>а) общая слабость б) жажда в) олигурия г) снижение концентрации натрия в крови д) тенденция к снижению концентрации калия в крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 бвг, 4 бв, 5 авгд.</i></p>	5
195	<p>Какие из нижеприведенных показателей содержания калия во внеклеточной жидкости (включая плазму) находятся в пределах нормы?</p> <p>а) 2,5–3,5 ммоль/л б) 3,0–4,0 ммоль/л в) 3,5–4,0 ммоль/л г) 3,5–5,0 ммоль/л д) 4,0–5,5 ммоль/л</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвг, 4 вгд, 5 абвгд.</i></p>	4
196	<p>Назовите основные пути потери калия у хирургических больных:</p> <p>а) желудочно-кишечный тракт б) операционная рана в) почки г) кожа д) дыхательные пути</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 вг, 3 бг, 4 гд, 5 ав.</i></p>	5
197	<p>Основная опасность гиперкалиемии:</p> <p>а) развитие паралитической непроходимости кишечника б) развитие острого нарушения мозгового кровообращения в) нарушение функции печени г) остановка дыхания д) остановка сердца</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 д, 3 аб, 4 вг, 5 б.</i></p>	2
198	<p>Какие из перечисленных действий наиболее целесообразны при гиперкалиемии?</p> <p>а) внутривенное введение лазикса б) внутривенное введение раствора Рингера-Локка в) назначение голодной диеты г) внутривенное введение 10% раствора глюкозы д) внутривенное введение 10% раствора хлористого натрия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 ав, 3 аг, 4 ад, 5 вг.</i></p>	3

199	<p>Какой из перечисленных показателей является верхним пределом скорости переливания растворов?</p> <p>а) 200 мл/ч б) 300 мл/ч в) 400 мл/ч г) 500 мл/ч д) 600 мл/ч</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
200	<p>Эндогенная интоксикация развивается в результате:</p> <p>а) накопления в патологическом очаге различных токсических веществ б) накопления в организме промежуточных или конечных продуктов нормального обмена в) накопления в организме продуктов распада или жизнедеятельности микробов г) поступления из очага и накопления в организме токсических веществ д) накопления в организме медиаторов воспаления</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвг, 2 авгд, 3 бвгд, 4 агд, 5 авд.</i></p>	3
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенция ПК-2 (5 семестр)</p>		
201	<p>Какое из перечисленных мероприятий следует считать первоочередным в лечении эндотоксикоза?</p> <p>а) внутривенное введение дезинтоксикационных средств б) гемосорбция в) лимфосорбция г) санация источника токсических продуктов д) плазмаферез</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
202	<p>Выделите из перечисленных ниже препаратов те, которые используются при лечении эндотоксикоза методом гемодилюции:</p> <p>а) гепарин б) реополиглюкин в) гордокс г) альбумин д) эритроцитарная масса</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвг, 3 бгд, 4 агд, 5 абг.</i></p>	5
203	<p>При лечении эндотоксикоза методом гемодилюции считается безопасным для больного снижение гематокрита:</p> <p>а) до 34% б) до 30% в) до 27% г) до 24% д) до 20%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
204	<p>Выделите средства, используемые при детоксикации организма методом форсированного диуреза:</p> <p>а) 10% раствор глюкозы б) антигемофильная плазма в) 4% раствор бикарбоната натрия г) кордиамин д) лазикс</p>	2

	<i>Варианты ответа: 1 абд, 2 авд, 3 бвд, 4 бвг, 5 вгд.</i>	
205	<p>Назовите объем растворов, обычно вводимых больному (за сутки) при лечении методом форсированного диуреза?</p> <p>а) 1500–2000 мл б) 2000–2500 мл в) 2500–3000 мл г) 3000–3500 мл д) 3500–4000 мл</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
206	<p>Укажите средства, применяемые при энтеросорбции:</p> <p>а) энтеродез б) гемодез в) энтеросорб г) активированные угли д) сульфамиламиды</p> <p><i>Варианты ответа: 1 авг, 2 абв, 3 бвд, 4 авд, 5 бгд.</i></p>	1
207	<p>Гемодиализ – это:</p> <p>а) выведение из организма большого количества жидкости за короткое время б) введение в организм больного обеззараживающих средств через желудочно-кишечный тракт в) проведение крови через активированный уголь г) удаление плазмы из крови больного с последующим ее возмещением плазмой донора д) метод выведения вредных веществ из организма, основанный на диализе и ультрафильтрации крови аппаратом «искусственная почка»</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
208	<p>Гемосорбция – это:</p> <p>а) разделение форменных элементов и плазмы крови с удалением части плазмы б) очищение крови путем введения в кровеносное русло средств, образующих при взаимодействии с токсинами безвредные для организма вещества в) дезинтоксикация путем пропускания лимфы или плазмы крови через активированный уголь г) коррекция иммунитета путем удаления из крови больного антител или антигенов д) удаление токсинов из организма путем экстракорпоральной перфузии крови через гранулированные или пластинчатые сорбенты</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
209	<p>Выделите экстракорпоральные методы детоксикации:</p> <p>а) иммуносорбция б) энтеросорбция в) криоплазмсорбция г) ксеноспленоперфузия д) ксеногепатоперфузия</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 авгд, 4 бвгд, 5 бгд.</i></p>	2

210	<p>Укажите возможные причины развития геморрагий у больных с механической желтухой?</p> <p>а) уменьшение количества тромбоцитов в крови б) токсическое повреждение сосудистой стенки в) повышение давления крови в венозной системе г) снижение протромбина крови д) увеличение фибринолитической активности крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвг, 3 бгд, 4 агд, 5 авг.</i></p>	3
211	<p>ДВС-синдром – это симптомокомплекс, развивающийся в результате:</p> <p>а) образования тромбов в крупных венах б) образования тромбов в крупных венах печени и почек в) образования тромбов в микроциркуляторном русле печени и почек г) образования тромбов в микроциркуляторном русле различных органов д) увеличения фибринолитической активности крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
212	<p>Какая форма ДВС-синдрома по клиническому течению наиболее часто встречается в хирургической практике?</p> <p>а) молниеносная б) острая в) подострая г) рецидивирующая д) хроническая</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
213	<p>Основными клиническими проявлениями ДВС-синдрома являются:</p> <p>а) гиперемия кожных покровов б) лихорадка в) геморрагии г) акроцианоз д) дисфункция органов</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 бвг, 3 авг, 4 гд, 5 вд.</i></p>	5
214	<p>Какие из нижеприведенных лечебных мероприятий наиболее приемлемы в ранних стадиях ДВС-синдрома?</p> <p>а) введение гепарина до 15 тыс. ед. в сутки б) введение гепарина до 5 тыс. ед. в сутки в) воздействие на заболевание, вызвавшее развитие ДВС-синдрома г) введение глюкокортикоидов д) введение дезагрегантов и спазмолитиков</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бвг, 3 вг, 4 авд, 5 бвгд.</i></p>	4
215	<p>При каких показателях гемоглобина и гематокрита у больного с ДВС-синдромом показаны гемотрансфузии?</p> <p>а) 100 г/л и 35% б) 90 г/л и 32% в) 85 г/л и 30% г) 80 г/л и 32% д) 70 г/л и 28%</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5

**Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Компетенция ПК-2 (6 семестр)**

Критические нарушения жизнедеятельности у хирургических больных		
216	<p>Назовите правильно виды терминальных состояний:</p> <p>а) коллапс б) преагональное состояние в) асфиксия г) агония д) клиническая смерть</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абд, 2 бгд, 3 вгд, 4 абг, 5 абгд.</i></p>	2
217	<p>Признаками агонии являются:</p> <p>а) отсутствие сознания б) низкое артериальное давление (60–70 мм рт. ст.) в) отсутствие пульса на периферических артериях г) отсутствие дыхания д) патологическое дыхание</p> <p><i>Варианты ответа: 1 авд, 2 абг, 3 бд, 4 авг, 5 бд.</i></p>	1
218	<p>Продолжительность состояния клинической смерти:</p> <p>а) 1–2 минуты б) 5–6 минут в) 8–9 минут г) 10–12 минут д) 13–15 минут</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
219	<p>Признаки наступления клинической смерти:</p> <p>а) отсутствие пульса на сонной артерии б) сужение зрачка с отсутствием его реакции на свет в) остановка дыхания г) отсутствие сознания д) отсутствие тонов сердца</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 бвг, 4 абг, 5 авгд.</i></p>	5
220	<p>Абсолютные признаки клинической смерти:</p> <p>а) отсутствие пульса на сонной артерии б) бледность кожных покровов в) цианоз кожных покровов г) остановка дыхания д) расширение зрачков с отсутствием их реакции на свет</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 ав, 3 агд, 4 бг, 5 вг.</i></p>	3
221	<p>Что такое реанимация?</p> <p>а) восстановление и поддержание сердечной деятельности и дыхания б) восстановление нарушений психики в) комплекс мероприятий, направленных на восстановление дыхания и обмена веществ г) комплекс мероприятий, направленных на восстановление резко нарушенных или утраченных жизненно важных функций организма д) комплекс мероприятий при потере больным сознания</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4

222	<p>Назовите правильно этапы легочно-сердечной реанимации и определите их последовательность:</p> <p>а) искусственная вентиляция легких б) восстановление артериального давления в) восстановление проходимости дыхательных путей г) массаж сердца д) дифференциальная диагностика, медикаментозная терапия, дефибриляция сердца</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвгд, 2 вагд, 3 давг, 4 агд, 5 вбгд.</i></p>	2
223	<p>При проведении легочно-сердечной реанимации одним спасателем:</p> <p>а) на каждое вдухание воздуха в легкие должно приходиться 4 надавливания на грудину б) на каждое вдухание воздуха в легкие должно приходиться 8 надавливаний на грудину в) на каждое вдухание воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину г) на каждые 2 вдухания воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину д) на каждые 4 вдухания воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
224	<p>При проведении легочно-сердечной реанимации двумя спасателями:</p> <p>а) на каждое вдухание воздуха в легкие должно приходиться 5 надавливаний на грудину б) на каждое вдухание воздуха в легкие должно приходиться 10 надавливаний на грудину в) на каждое вдухание воздуха в легкие должно приходиться 15 надавливаний на грудину г) на каждые два вдухания воздуха в легкие должно приходиться 15 надавливаний на грудину д) на каждые 4 вдухания воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
225	<p>Об эффективности реанимации судят:</p> <p>а) по цвету кожных покровов б) по появлению пульса на сонных артериях в) по сужению зрачка г) по появлению реакции зрачка на свет д) по появлению роговичного рефлекса</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвг, 4 абвгд, 5 бвгд.</i></p>	5
226	<p>В каких случаях применяют открытый массаж сердца?</p> <p>а) при остановке сердца во время операции на грудной клетке б) при многочисленных переломах ребер в) если легочно-сердечная реанимация начата позже, чем через 2 минуты после наступления клинической смерти г) при деформации у больного грудной клетки д) при неэффективности непрямого массажа</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 абвг, 3 абвгд, 4 абгд, 5 бв.</i></p>	4
227	<p>Объем вдвухаемого воздуха при искусственной вентиляции легких во время проведения легочно-сердечной реанимации должен составлять:</p> <p>а) от 200 до 300 мл б) от 300 до 400 мл в) от 500 до 700 мл г) от 800 до 900 мл д) от 1000 до 1100 мл</p>	3

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	
228	<p>Частота вдуваний воздуха при искусственной вентиляции легких во время проведения легочно-сердечной реанимации должна составлять:</p> <p>а) 6–8 в 1 минуту б) 12–18 в 1 минуту в) 20–22 в 1 минуту г) 23–25 в 1 минуту д) 26–28 в 1 минуту</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
229	<p>Массаж сердца при легочно-сердечной реанимации осуществляют с частотой:</p> <p>а) 30 надавливаний в 1 минуту б) 40 надавливаний в 1 минуту в) 60 надавливаний в 1 минуту г) 80 надавливаний в 1 минуту д) 90 надавливаний в 1 минуту</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
230	<p>При легочно-сердечной реанимации на этапе дифференциальной диагностики, медикаментозной терапии, дефибрилляции сердца проводят следующие мероприятия:</p> <p>а) электрокардиографическое исследование б) внутривенное или внутрисердечное введение лекарственных средств в) внутримышечное и подкожное введение лекарственных средств г) энтеральное введение лекарственных средств д) эндотрахеальное введение раствора адреналина</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абд, 2 абв, 3 абвг, 4 абвгд, 5 бвд.</i></p>	1
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенция ПК-2 (6 семстр)</p>		
231	<p>Оказание помощи бессмысленно при наличии у пострадавшего признаков биологической смерти. Какие это признаки?</p> <p>а) отсутствие пульса на лучевой артерии б) деформация зрачка при сдавлении глаза («кошачий глаз») в) отсутствие реакции зрачка на свет г) наличие на коже пятен сине-багрового цвета д) признаки окоченения</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 ав, 3 в, 4 бгд, 5 авг.</i></p>	4
232	<p>Известны следующие виды шока:</p> <p>а) травматический б) геморрагический в) септический г) анафилактический д) сосудистый</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 абд, 3 абвд, 4 абвг, 5 абвгд.</i></p>	4

233	<p>Для всех видов шока характерны:</p> <p>а) вазодилатация б) гиповолемия в) нарушение микроциркуляции г) двухфазное течение (эректильная и торпидная фазы) д) изменения обмена веществ во всех органах и системах</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бг, 3 авг, 4 вгд, 5 абвд.</i></p>	5
234	<p>Известны следующие виды травматического шока:</p> <p>а) шок в результате механической травмы б) шок в результате ожоговой травмы в) шок в результате воздействия низкой температуры (холодовой шок) г) шок в результате электротравмы д) шок в результате воздействия ионизирующей радиации</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 абд, 3 абвд, 4 абвг, 5 абвгд.</i></p>	4
235	<p>Какие моменты следует учитывать при оценке тяжести шока?</p> <p>а) цвет и температуру кожных покровов и слизистых оболочек б) частоту пульса в) уровень артериального давления г) состояние дыхания д) количество отделяемой мочи</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвгд, 3 абвгд, 4 авгд, 5 авг.</i></p>	2
236	<p>Какое состояние раненого Н.И. Пирогов называл окоченением?</p> <p>а) состояние, свидетельствующее о наступлении у раненого биологической смерти б) состояние, наступившее у раненого в результате массивной кровопотери в) бессознательное состояние раненого при травме головного мозга г) состояние, обусловленное эректильной фазой травматического шока д) состояние, обусловленное торпидной фазой травматического шока</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
237	<p>Что такое индекс Алговера?</p> <p>а) соотношение показателей систолического и диастолического давления б) соотношение частоты сердечных сокращений и частоты пульса в) соотношение частоты пульса и диастолического давления г) соотношение частоты пульса и систолического давления д) соотношение частоты пульса в покое и частоты пульса после физической нагрузки (10 приседаний)</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
238	<p>Индекс Алговера равен 1, О чем это свидетельствует?</p> <p>а) о наличии у пациента большой кровопотери б) об удовлетворительном состоянии пациента в) о наличии у пациента развившегося шока г) о наличии у пациента метаболического ацидоза д) об отсутствии у пациента выраженной интоксикации</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 ав, 3 бд, 4 б, 5 д.</i></p>	2
239	<p>Укажите уровень систолического артериального давления при 3-й степени торпидной фазы травматического шока (по 4-степенной классификации)?</p> <p>а) 110 мм рт. ст. б) 100 мм рт. ст. в) 90 мм рт. ст. г) 80 мм рт. ст. д) 60 мм рт. ст.</p>	5

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	
240	<p>Особенностями ожогового шока являются:</p> <p>а) выраженность эректильной фазы б) повышение температуры тела в) длительное течение г) быстро развивающаяся олигурия и анурия д) низкие показатели гемоглобина и количества эритроцитов крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 авг, 4 абвг, 5 абд.</i></p>	3
241	<p>Выберите правильные названия стадий геморрагического шока, расположив их в надлежащей последовательности:</p> <p>а) эректильный шок б) декомпенсированный необратимый шок в) компенсированный шок г) торпидный шок д) декомпенсированный обратимый шок</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аг, 2 бвд, 3 вбд, 4 авдгб, 5 вб.</i></p>	3
242	<p>Какие различают формы анафилактического шока?</p> <p>а) сердечно-сосудистая б) эректильная в) респираторная г) компенсированная д) церебральная</p> <p><i>Варианты ответа: 1 авд, 2 авг, 3 авгд, 4 абвгд, 5 бгд.</i></p>	1
243	<p>Назовите основные направления действий врача (все) при лечении шока любой этиологии:</p> <p>а) устранение причины, вызвавшей шок б) восстановление сосудистого тонуса в) восстановление объема циркулирующей крови и его соответствия емкости сосудистого русла г) нормализация микроциркуляции д) устранение метаболических нарушений</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвг, 4 абвгд, 5 авгд.</i></p>	4
244	<p>Оказание первой помощи при травматическом шоке включает следующие мероприятия (назовите все мероприятия в комплексе):</p> <p>а) остановку кровотечения б) обеспечение проходимости дыхательных путей в) обезболивание г) иммобилизацию при переломах д) шадящую транспортировку пострадавшего</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ав, 2 авг, 3 авд, 4 авгд, 5 абвгд.</i></p>	5

245	<p>Назовите мероприятия, которые осуществляются при травматическом шоке в условиях стационара (квалифицированная медицинская помощь):</p> <p>а) временная остановка кровотечения б) восполнение объема циркулирующей крови в) новокаиновые блокады г) транспортная иммобилизация конечностей д) коррекция ацидоза</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абв, 2 бвд, 3 абвг, 4 абвд 5 бвг.</i></p>	2
246	<p>Клиническими проявлениями теплового и солнечного удара являются:</p> <p>а) побледнение кожи б) головная боль в) рвота г) тахикардия д) учащение дыхания</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абвг, 4 абвгд, 5 бвгд.</i></p>	5
Переливание крови и кровезаменителей		
Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов Компетенция ПК-2 (6 семестр)		
247	<p>По каким признакам различаются группы крови?</p> <p>а) наличие агглютиногенов в эритроцитах б) наличие агглютиногенов в плазме в) наличие агглютининов в эритроцитах г) наличие агглютининов в плазме д) наличие антигенов в лейкоцитах</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 вгд, 3 аг, 4 ав, 5 вд.</i></p>	3
248	<p>В каких элементах крови содержатся агглютиногены?</p> <p>а) эритроцитах б) сыворотке в) лейкоцитах г) тромбоцитах д) моноцитах</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
249	<p>В каких элементах крови содержатся агглютинины?</p> <p>а) эритроцитах б) сыворотке в) лейкоцитах г) тромбоцитах д) моноцитах</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
250	<p>Сыворотки каких групп необходимы для определения IV (AB) группы крови?</p> <p>а) I, II, III б) III, IV в) II, III г) I, IV д) I, II, III, IV</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5

251	<p>Для определения резус-фактора необходимо иметь:</p> <p>а) стандартные сыворотки Rh⁺ и Rh⁻</p> <p>б) стандартные сыворотки: анти-резус и контрольную</p> <p>в) стандартные сыворотки II, III групп</p> <p>г) стандартные сыворотки I, II, III и IV групп</p> <p>д) стандартные сыворотки I, II и III групп</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 ав, 4 вг, 5 аб.</i></p>	2
252	<p>Укажите признаки негодности сыворотки при определении группы крови:</p> <p>а) отсутствует этикетка на ампуле</p> <p>б) срок годности истекает через 10 дней от времени определения</p> <p>в) титр сыворотки 1:32</p> <p>г) сыворотка мутная</p> <p>д) сыворотка прозрачная</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 бг, 4 бд, 5 аг.</i></p>	5
253	<p>Почему при определении группы крови и резус-фактора капля крови должна быть в 5–10 раз меньше капли сыворотки?</p> <p>а) чтобы не было псевдоагглютинации</p> <p>б) чтобы не было панагглютинации</p> <p>в) чтобы четко была видна агглютинация</p> <p>г) чтобы не тратить крови донора</p> <p>д) чтобы избежать гемолиза эритроцитов крови донора</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
254	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если в сыворотках O(I), A(II), B(III) не произошла агглютинация ее эритроцитов?</p> <p>а) O(I)</p> <p>б) A(II)</p> <p>в) B(III)</p> <p>г) AB(IV)</p> <p>д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
255	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если в сыворотках O(I) и A(II) групп агглютинация ее эритроцитов произошла, а в сыворотке B(III) группы – не произошла?</p> <p>а) O(I)</p> <p>б) A(II)</p> <p>в) B(III)</p> <p>г) AB(IV)</p> <p>д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
256	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если в сыворотках O(I) и B(III) групп агглютинация ее эритроцитов произошла, а в сыворотке A(II) группы – не произошла?</p> <p>а) O(I)</p> <p>б) A(II)</p> <p>в) B(III)</p> <p>г) AB(IV)</p> <p>д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2

257	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если агглютинация ее эритроцитов в сыворотках О(І), А(ІІ), В(ІІ) групп произошла, а в сыворотке АВ(ІV) – не произошла?</p> <p>а) О(І) б) А(ІІ) в) В(ІІІ) г) АВ(ІV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
258	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если агглютинация ее эритроцитов в сыворотках А(ІІ), В(ІІ) групп произошла, а в сыворотке О(І) – не произошла?</p> <p>а) О(І) б) А(ІІ) в) В(ІІІ) г) АВ(ІV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
259	<p>Какова резус-принадлежность испытуемой крови, если в сыворотке «антирезус» агглютинация ее эритроцитов произошла, а в контрольной сыворотке – не произошла?</p> <p>а) резус-положительная б) резус-отрицательная в) ошибка при определении</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в.</i></p>	1
260	<p>Какова резус-принадлежность испытуемой крови, если в сыворотках «антирезус» и контрольной агглютинация ее эритроцитов не произошла?</p> <p>а) резус-положительная б) резус-отрицательная в) ошибка при определении</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в.</i></p>	2
261	<p>Какова резус-принадлежность испытуемой крови, если в сыворотках «антирезус» и контрольной произошла агглютинация ее эритроцитов?</p> <p>а) резус-положительная б) резус-отрицательная в) ошибка при определении</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в.</i></p>	3
262	<p>Чем объясните агглютинацию эритроцитов испытуемой крови в сыворотках всех четырех групп – О(І), А(ІІ), В(ІІІ), АВ(ІV)?</p> <p>а) наличием агглютиногена А в испытуемой крови б) наличием агглютиногена В в испытуемой крови в) наличием агглютиногенов А и В в испытуемой крови г) наличием агглютининов \square и \square в испытуемой крови д) ошибками при определении группы крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
263	<p>Чем объясните агглютинацию эритроцитов испытуемой крови в сыворотках «антирезус» и контрольной?</p> <p>а) наличием резус-фактора в испытуемой крови б) отсутствием резус-фактора в испытуемой крови в) ошибками при определении резус-фактора</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в.</i></p>	3

264	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если произошла агглютинация ее эритроцитов в цоликлонах анти-А и анти-В?</p> <p>а) О(I) б) А(II) в) В(III) г) АВ(IV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
265	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если агглютинация ее эритроцитов в цоликлоне анти-А произошла, а в цоликлоне анти-В – не произошла?</p> <p>а) О(I) б) А(II) в) В(III) г) АВ(IV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
266	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если агглютинация ее эритроцитов в цоликлоне анти-В произошла, а в цоликлоне анти-А не произошла?</p> <p>а) О(I) б) А(II) в) В(III) г) АВ(IV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
267	<p>К какой группе относится испытуемая кровь, если в цоликлонах анти-А и анти-В агглютинация ее эритроцитов не произошла?</p> <p>а) О(I) б) А(II) в) В(III) г) АВ(IV) д) ни к какой из перечисленных</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
268	<p>Показанием к переливанию крови являются:</p> <p>а) критическая анемия б) тяжелый гнойно-воспалительный процесс в) выраженное истощение г) болезни крови д) травматичные операции</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 авд, 3 бвд, 4 абвгд, 5 бгд.</i></p>	1
269	<p>Проведение каких из перечисленных проб является обязательным перед переливанием крови?</p> <p>а) определение резус-фактора б) определение группы крови в) совместимость по системе АВО г) совместимость по резус-фактору д) проба Кумбса</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвд, 2 бвгд, 3 абвг, 4 абвгд, 5 авгд.</i></p>	3

270	<p>Выберите из нижеперечисленного оборудования то, что необходимо для определения индивидуальной совместимости крови донора и реципиента по системе АВО:</p> <p>а) сыворотка крови реципиента б) сыворотка крови АВ(IV) в) сыворотка крови донора г) кровь донора д) кровь реципиента</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 ав, 3 вг, 4 аг, 5 вд.</i></p>	4
<p>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов Компетенция ПК-1 (6 семестр)</p>		
271	<p>Что из нижеперечисленного необходимо для проведения «тепловой» пробы на индивидуальную совместимость переливаемой крови?</p> <p>а) цитрат натрия б) гепаринизированный полиглюкин в) сыворотка крови больного г) кровь больного д) кровь донора</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 бг, 4 агд, 5 бвд.</i></p>	5
272	<p>Расположите этапы определения индивидуальной совместимости крови донора и реципиента по системе АВО в необходимой последовательности:</p> <p>а) смешивание плазмы реципиента с донорской кровью б) центрифугирование крови реципиента в) добавление физиологического раствора г) забор плазмы из крови реципиента д) выжидание 5 минут</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвгд, 2 бвагд, 3 бгадв, 4 вбадг, 5 бгавд.</i></p>	3
273	<p>Расположите в необходимой последовательности этапы проведения «тепловой» пробы на индивидуальную совместимость переливаемой крови:</p> <p>а) помещение тарелки на водяную баню б) забор крови у реципиента в) помещение капли полиглюкин-гепаринового раствора на тарелку г) отстаивание крови реципиента для получения сыворотки д) смешивание капель полиглюкин-гепаринового раствора, сыворотки реципиента, крови донора</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абвгд, 2 вбагд, 3 гдабв, 4 вбгда, 5 бгвда.</i></p>	5
274	<p>При кровотечении с заместительной целью целесообразно перелить:</p> <p>а) сыворотку крови б) консервированную кровь в) лейкоцитную массу г) тромбоцитную массу д) эритроцитную массу</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бг, 3 д, 4 бв, 5 абвгд.</i></p>	3

275	<p>Можно проводить переливание:</p> <p>а) свежей крови б) свежестабилизированной крови в) консервированной крови г) трупной крови д) гемолизированной крови</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 абд, 3 абвг, 4 бвд, 5 абвгд.</i></p>	3
276	<p>Для консервирования крови обычно используются:</p> <p>а) глюкозоцитратные растворы б) антибактериальные средства в) катионообменные смолы г) биологические стабилизаторы д) замораживание при ультранизкой температуре</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
277	<p>Не пригодна для переливания находящаяся во флаконе консервированная кровь во всех нижеперечисленных видах, кроме:</p> <p>а) крови, имеющей сгустки б) крови с мутной плазмой в) крови, не разделяющейся на слои при отстаивании г) крови с хлопьями и пленками д) крови, разделяющейся при отстаивании на 3 слоя (эритроциты, лейкоциты, плазма)</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	5
278	<p>Какую цель преследуют при внутриаартериальном переливании крови?</p> <p>а) замещение эритроцитов б) замещение плазмы в) питание мозга г) раздражение нервных элементов сосудов д) питание сердечной мышцы</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
279	<p>Под каким давлением проводится внутриаартериальное переливание крови?</p> <p>а) самотеком б) 50 мм рт. ст. в) 100 мм рт. ст. г) 150 мм рт. ст. д) 200 мм рт. ст.</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 вг, 3 гд, 4 бв, 5 вг.</i></p>	3
280	<p>Какая вена используется наиболее часто для переливания крови в периферические вены путем венесекции?</p> <p>а) вена локтевого сгиба б) вена кистей в) большая подкожная вена г) бедренная вена д) яремная вена</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
281	<p>С чего нужно начинать внутрикостное переливание крови?</p> <p>а) с наложения жгута б) с местного обезболивания в) с прокола кости специальной иглой г) с придания конечности возвышенного положения д) с биологической пробы</p>	2

	<i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	
282	<p>Какое тяжелое осложнение переливания крови обусловлено ошибками проведения серологических проб?</p> <p>а) заражение сифилисом б) аллергические реакции в) пирогенные реакции г) гемотрансфузионный шок д) заражение ВИЧ-инфекцией</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	4
283	<p>Что лучше перелить больному для повышения содержания гемоглобина и эритроцитов?</p> <p>а) плазма б) цельная кровь в) эритроцитная масса г) желатиноль д) лактасол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
284	<p>Какие осложнения возможны при переливании крови и ее компонентов?</p> <p>а) пирогенные реакции б) гемотрансфузионный шок в) цитратный шок г) анафилактический шок д) синдром малых гемотрансфузий</p> <p><i>Варианты ответа: 1 ад, 2 бвд, 3 агд, 4 гд, 5 абвг.</i></p>	5
285	<p>Какие из перечисленных препаратов крови относятся к корректорам свертывания?</p> <p>а) фибриноген б) противостолбнячный иммуноглобулин в) тромбин г) сухая плазма д) нативная плазма</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 вг, 4 ав, 5 бг.</i></p>	4
286	<p>Распределите нижеследующие кровезаменители по группам (подберите пары «вопрос–ответ»):</p> <p>1) кровезаменители гемодинамического действия 2) дезинтоксикационные кровезаменители 3) кровезаменители питательного действия</p> <p>а) гемодез б) полиглюкин в) гидролизин г) интралипид д) лактосол</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 д, 2 а, 3 вг), 2 (1 бд, 2 а, 3 вг), 3 (1 бв, 2 а, 3 г), 4 (1 б, 2 а, 3 вг), 5 (1 в, 2 г, 3 бд).</i></p>	4
Неоперативная хирургическая техника		

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов
Компетенция ПК-2 (6 семестр)

Мягкие повязки

287	Какие требования предъявляются к перевязочному материалу? а) высокая плотность б) хорошая всасывающая способность в) эластичность г) возможность стерилизации без нарушения качества д) отсутствие раздражающего действия на ткани <i>Варианты ответа: 1 аб, 2 авг, 3 абв, 4 бвгд, 5 аг.</i>	4
288	Какие из перечисленных средств более всего отвечают требованиям предъявляемым к перевязочным материалам? а) серая вата б) марля в) белая вата г) хлопчатобумажная ткань д) джут <i>Варианты ответа: 1 аб, 2 бв, 3 бг, 4 агд.</i>	2
289	Какая повязка наиболее часто применяется при ране промежности? а) клеевая б) косыночная в) пращевидная г) Т-образная д) бинтовая <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	4
290	Какая повязка наиболее часто применяется при ране брюшной стенки? а) клеевая б) косыночная в) пращевидная г) Т-образная д) бинтовая <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	1
291	Липкопластырные повязки наиболее часто применяются с целью: а) удержания перевязочного материала б) сближения краев раны в) постоянного вытяжения при переломах плеча, бедра, голени г) лечения переломов ключицы д) защиты от загрязнения мелких ран и ссадин кисти <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	1
292	Какая клеевая повязка наиболее часто применяется при ранах? а) коллодийная б) клеоловая в) клеем БФ-6 г) лифузолевая д) пленочная из полихлорвинила <i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i>	2

293	<p>Косыночная повязка наиболее часто накладывается с целью:</p> <p>а) закрепления перевязочного материала на затылочной области б) закрепления перевязочного материала в области тазобедренного сустава в) подвешивания верхней конечности г) защиты от внешних воздействий раны кисти д) защиты от внешних воздействий раны стопы</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	3
294	<p>Пращевидная повязка наиболее часто накладывается:</p> <p>а) на промежность б) на лицо в) на грудную клетку г) на культю верхней конечности д) на культю нижней конечности</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	2
295	<p>Самыми распространенными повязками при ранах живота и груди являются:</p> <p>а) клеевые б) бинтовые в) косыночные г) пращевидные д) Т-образные</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 в, 4 г, 5 д.</i></p>	1
296	<p>Бинт состоит из следующих частей:</p> <p>а) начало б) продолжение в) конец г) головка д) основание</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абд, 4 аг, 5 вг.</i></p>	4
297	<p>В головке бинта различают:</p> <p>а) наружную часть б) внутреннюю часть в) спинку г) торцевую часть д) брюшко</p> <p><i>Варианты ответа: 1 аб, 2 абв, 3 абг, 4 вгд, 5 вд.</i></p>	5
298	<p>Наиболее выгодное положение больного при бинтовании живота, промежности и верхней трети бедра:</p> <p>а) горизонтальное б) вертикальное в) полусидя г) полулежа д) сидя</p> <p><i>Варианты ответа: 1 а, 2 б, 3 вг, 4 бд, 5 д.</i></p>	1
299	<p>Правильное название этапов бинтования:</p> <p>а) наложение начальной части повязки б) продолжение бинтования в) наложение собственно ходов повязки г) закрепление повязки д) конец бинтования</p> <p><i>Варианты ответа: 1 абд, 2 авг, 3 агд, 4 вгд, 5 авд.</i></p>	2

300	<p>Сопоставьте правильно анатомическую область наложения бинтовой повязки и ширину бинта:</p> <p>1) кисть 2) туловище 3) голова а) 10–12 см б) 6–8 см в) 4–6 см</p> <p><i>Варианты ответа: 1 (1 а, 2 б, 3 в), 2 (1 б, 2 а, 3 в), 3 (1 в, 2 а, 3 б), 4 (1 в, 2 б, 3 а), 5 (1 а, 2 б, 3 в).</i></p>	3
-----	---	---

Практико-ориентированные задания (решение ситуационных задач).

Тема № 1. Закрытые повреждения мягких тканей. Травматический токсикоз.

ВОПРОС № 1

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 4

Перелом основания мозга. Срочная госпитализация в нейрохирургическое отделение, R-снимок костей черепа в 2-3 проекциях, люмбальная пункция с измерением давления. Строгий постельный режим, седативная, противоотечная, антигистаминная терапия, антибиотики. Местно

– холод. При повышенном давлении ликвора – повторные люмбальные пункции, снижение внутричерепного давления.

ВОПРОС № 5

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 9

Закрытое повреждение полого органа с развитием перитонита. Немедленная госпитализация и, после уточнения диагноза, операция с ревизией органов брюшной полости, ликвидацией источника перитонита, санацией брюшной полости. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, сердечные и дыхательные препараты.

ВОПРОС № 10

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 10

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

ВОПРОС № 11

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

Ваш диагноз и действия.

ОТВЕТ № 11

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

Тема № 2. Переломы, вывихи

ВОПРОС № 1

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

Ваш предположительный диагноз? Какой метод исследования поможет верифицировать диагноз?

ОТВЕТ № 1

У больного клиническая картина вывиха правого плеча. Для подтверждения или опровержения диагноза необходима рентгенография правого плечевого сустава.

ВОПРОС № 2

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

ОТВЕТ № 2

После вправления необходим рентгенологический контроль. Конечность фиксируют гипсовой лонгетой, повязкой Дезо или косыночной повязкой на 2-3 недели.

ВОПРОС № 3

В клинику доставлен больной в бессознательном состоянии. При осмотре отмечается расширение зрачка на правом глазу. Кровоподтеки на лице и волосистой части головы. Дыхание прерывистое, пульс редкий, наполненный.

Ваш предварительный диагноз? Какие методы могут помочь поставить правильный диагноз?

ОТВЕТ № 3

Нарушение сознания, анизокория, следы физического насилия позволяют предположить закрытую черепно-мозговую травму, внутримозговую гематому и сдавление головного мозга. Больному в экстренном порядке показана рентгенография костей черепа в двух проекциях. Наиболее полноценную топическую диагностику поможет осуществить КТ или МРТ головного мозга.

ВОПРОС № 4

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

Каков должен быть объем хирургической помощи?

ОТВЕТ № 4

Больному по жизненным показаниям необходима трепанация черепа, эвакуация субдуральной гематомы.

ВОПРОС № 5

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

Какое повреждение можно предположить у больного?

ОТВЕТ № 5

У больного клиническая картина перелома позвоночника с повреждением спинного мозга.

ВОПРОС № 6

В стационар поступил больной с уточненным диагнозом закрытого перелома верхней трети правого бедра со смещением отломков.

Какой вид лечения рационально применить?

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 7

У больной клиническая картина перелома шейки левого бедра без повреждения сосудистого пучка.

ВОПРОС № 8

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

Какую ошибку допустил врач?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

Как помочь больной?

ОТВЕТ № 9

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

ВОПРОС № 10

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

Ваш диагноз? Как его подтвердить? Каков объём манипуляций?

ОТВЕТ № 10

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

Тема № 3. Предоперационный период. Послеоперационный период

ВОПРОС № 1

Больной 25 лет поступил в хирургическое отделение с направительным диагнозом «острый гастрит». В отделении дежурный хирург после осмотра поставил диагноз «острый аппендицит, местный перитонит».

Как Вы считаете, необходимо ли исключить диагноз «острый гастрит», используя инструментальный метод исследования? Сколько времени Вы отведёте на подготовку больного к операции?

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

У больного, страдающего язвенной болезнью желудка при гастроскопии был взят участок ткани из язвы и при гистологическом исследовании биоптата были выявлены атипичные клетки, поставлен диагноз «рак желудка».

К какому типу операции по срочности выполнения Вы отнесёте операцию у этого больного?

ОТВЕТ № 2

Больной страдает онкологическим заболеванием и нуждается в проведении срочного оперативного вмешательства, в среднем, не более двух недель.

ВОПРОС № 3

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

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

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

ОТВЕТ № 4

Больному в отделении реанимации должно быть срочно начато введение полиглюкина, немедленная его транспортировка в операционную, где на фоне противошоковых мероприятий

выполняется экстренная операция (торакотомия), при которой выявляется характер повреждения и производится окончательный гемостаз.

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

ВОПРОС № 5

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

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

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

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

ВОПРОС № 7

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

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

ОТВЕТ № 7

У больной развилось раннее послеоперационное осложнение: внутрибрюшное кровотечение. Консервативная терапия неэффективна. Поставлен вопрос о немедленной операции. Операция: релапаротомия. Во время операции выявлено до 200,0 мл крови в брюшной полости, причиной кровотечения явилась а. appendicularis, с которой «соскользнула» лигатура. Произведена повторная перевязка сосуда. Кровотечение остановлено, установлен контрольный дренаж. В реанимационном отделении внутривенно капельно больной введено 250 мл эритроцитарной массы соответствующей группы крови.

ВОПРОС № 8

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

Какое осложнение развилось у больного? Какие мероприятия необходимо провести, чтобы ликвидировать осложнение?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

Больной К., 80 лет, был оперирован по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. В течение суток больной не мог самостоятельно помочиться, несмотря на разрешение сделать эту попытку, стоя у постели.

Какое осложнение развилось у больного? Можете ли назвать его возможные причины? Какие мероприятия Вы проведете по ликвидации этого осложнения?

ОТВЕТ № 9

У больного после операции возникла острая задержка мочи, что связано, по-видимому, учитывая возраст больного, с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Следует учитывать, что задержка мочеиспускания может быть рефлекторного характера, в том числе и у молодых людей и обусловлена болью, спастическим сокращением мышц брюшного пресса, таза, сфинктера мочевого пузыря, поэтому обязательно нужно обезболить после операции. Нарушения мочеотделения могут быть связаны с воспалительными заболеваниями: циститом, уретритом, пиелонефритом.

Если больной не может самостоятельно помочиться, следует мочу вывести мягким, а при отсутствии эффекта – металлическим катетером.

В редких случаях приходится накладывать надлобковый свищ мочевого пузыря.

ВОПРОС № 10

Больной Е., 32 лет, оперирован по экстренным показаниям по поводу острого флегмонозного аппендицита. Произведена аппендэктомия. Послеоперационная рана не была дренирована. На 3-и сутки у больного повысилась температура тела до 38,2⁰, усилились боли в области раны, несмотря на проводимое обезболивание. На перевязке: кожные покровы в области швов обычной окраски, но при пальпации вдоль раны определяется уплотнение (инфильтрация тканей).

Какое осложнение развилось у больного? Какие действия Вы предпримите для уточнения диагноза и лечения осложнения?

ОТВЕТ № 10

Следует внимательно осмотреть рану: наличие инфильтрата настораживает хирурга о возможности развития гнойного процесса в ране. Следует снять 1-2 шва с кожи и сделать ревизию: не содержит ли раневая полость экссудата, при отсутствии его следует снять 1-2 шва с апоневроза или «пройти» между краями сшитого апоневроза зондом. В данном случае при ревизии субапоневротического пространства был получен гной. Диагноз: нагноение послеоперационной раны.

Снять кожные швы. Снять несколько швов с апоневроза – выделилось до 5,0 мл серозно-гнойного отделяемого. Рана санирована перекисью водорода, введена марлевая турунда с диоксидином. В дальнейшем лечение проводится по принципу лечения гнойных ран.

Тема № 4. Недостаточность венозного кровообращения. Недостаточность лимфообращения.

ВОПРОС № 1

Больной А., 25 лет, жалуется на зубную боль, повышение температуры тела до 38⁰, озноб, болезненность в подчелюстной области слева. Болен 2 дня. При осмотре отечность и гиперемия десен в области 6-7 нижних зубов слева. В подчелюстной области определяются плотные, округлые, подвижные, не спаянные с кожей, болезненные при пальпации образования 2-2,5 см в диаметре. Кожа над ними не изменена.

Ваше заключение? Какова должна быть тактика и характер лечения?

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

На прием пришел юноша 20 лет, который жалуется на боли в правой стопе, повышение температуры тела до 37,5⁰. При осмотре на тыльной поверхности II-III пальцев правой стопы имеются потертости размерами 1,0 x 0,8 см с налетом фибрина, кожа вокруг ран гиперемирована. Тыльная поверхность правой стопы отечна, отмечается гиперемия в виде продольных полос на тыле стопы и медиальной поверхности голени до ее средней трети. В паховой области определяется умеренно болезненный плотно-эластической консистенции с гладкими краями узел размерами 2,5 x 2 см. Узел подвижный, кожа над ним не изменена.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

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

Ваше заключение и тактика лечения?

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

Ваш диагноз и лечебная тактика?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

Ваш диагноз и тактика лечения?

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

Ваше заключение?

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

Что случилось с больной? Ваши диагностические и лечебные мероприятия?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

Ваше заключение? Показано ли оперативное лечение?

ОТВЕТ № 9

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

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

ВОПРОС № 10

У больного В., 38 лет, в течение 1 суток развился резкий отек обеих нижних конечностей до паховых складок с переходом на переднюю стенку живота, озноб, повышение температуры тела до 40°. При осмотре обе нижние конечности с выраженным синюшным оттенком, мраморный рисунок. Кожа холодная на ощупь. Пульсация на обеих задних большеберцовых артериях не определяется. АД 60/0 мм рт. ст.

Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 10

У больного развилась венозная гангрена (болезнь Грегуара), гиповолемический шок. Показана противошоковая терапия. После выведения больного из шока – первичная ампутация конечностей, антикоагулянтная и антибактериальная терапия. Тромболитическая терапия категорически противопоказана!

ВОПРОС № 11

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

Ваше заключение? Выберите тактику лечения.

ОТВЕТ № 11

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

ВОПРОС № 12

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

Ваш диагноз и тактика лечения?

ОТВЕТ № 12

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

Тема № 5. Гнойные заболевания мягких тканей

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

У больного сформировался фурункул в области носогубного треугольника лица. Такое расположение опасно. В случае прогрессирования процесса возможно развитие тромбоза лицевых вен, переход воспалительного процесса через систему v. ophthalmica на кавернозный синус. При отсутствии своевременного лечения возможно развитие менингита и арахноидита со смертельным исходом. Показана срочная госпитализация в хирургическое отделение, удаление некротического стержня в операционной, местное и общее лечение, обязательно включающее антибиотики, строгий постельный режим, протертую пищу. Местное лечение: повязки с гипертоническим раствором и протеолитическими ферментами, УФ-облучение и УФ-терапия.

ВОПРОС № 2

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

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

ОТВЕТ № 2

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

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

ВОПРОС № 3

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

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

На прием к дерматологу пришла женщина 45 лет с жалобами на повышение температуры тела до $40,5^{\circ}$, боли в правой голени, образование пузырей, наполненных жидкостью. Больная после осмотра врачом была направлена в хирургическое отделение. Хирург уточнил, что заболевание началось остро, с потрясающего озноба, сильной головной боли. При осмотре: кожа в области передней поверхности голени резко гиперемирована, в виде языков пламени, отечна, имеется несколько пузырей различных размеров, наполненных серозным содержимым. Инфильтрации в области поражения не определяется, максимальная болезненность выявлена на периферии воспаления. Лейкоциты – $17,0 \times 10^9/\text{л}$, в моче цилиндры, белок.

Диагноз заболевания? Перечислите возможные формы заболевания? Какой возбудитель вызвал воспалительный процесс? Какое лечение Вы назначите больной, учтете ли Вы при этом форму заболевания? Показано ли применение влажных повязок?

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

На 3-й день после родов у женщины 24 лет проявилось ощущение тяжести и напряжение в правой молочной железе, которое постепенно усилилось, стало определяться опухолевидное образование, достаточно подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на него молоко выделяется свободно, сцеживание безболезненно, после сцеживания женщина испытывала облегчение, температура тела нормальная - $36,8^{\circ}$. Однако, на 4-5-е сутки повысилась температура до $37,2-37,4^{\circ}$. Лейкоциты крови $7,2 \times 10^9/\text{л}$. Женщина обратилась в поликлинику.

Какой процесс развился у женщины? Каков Ваш диагноз? Какое лечение Вы назначите: возможно консервативное или необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

Женщина 23 лет, безуспешно в течение недели после заболевания, лечилась консервативно по поводу инфильтративной формы мастита. На 8-е сутки температура тела повысилась до $40,5^{\circ}$. Частота пульса 120 в 1 минуту. Молочная железа резко увеличена, кожа отечная, гиперемирована, в этой области пузыри, наполненные геморрагическим содержимым, с участками некроза, пальпируется инфильтрат в нижних квадрантах железы, в одном из участков определяется флюктуация. Лейкоциты - $16,4 \times 10^9/\text{л}$, в моче определяются белок и цилиндры.

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

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

В хирургическое отделение машиной скорой помощи доставлена женщина 28 лет, с диагнозом «гнойный мастит». Больна в течение недели. Температура тела 41° . Лейкоциты – $14,2 \times 10^9/\text{л}$. Лечилась в поликлинике – без эффекта. При исследовании: правая молочная железа увеличена в размерах, болезненная при пальпации, в нижних квадрантах ее определяется болезненный плотный инфильтрат, располагающийся глубоко, ближе к большой грудной мышце. Кожа над ним не изменена. Дежурный ординатор расценил данное образование как глубоко расположенный интрамаммарный абсцесс и под общим обезболиванием вскрыл гнойник радиальным разрезом, вследствие глубины некротические ткани не были иссечены, полость гнойника дренирована, но отток через установленную дренажную трубку был недостаточен.

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

ОТВЕТ № 8

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

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

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

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

Необходимо вскрыть гнойник, назначить больной антибиотики, сульфаниламиды, провести иммунизацию стафилококковым анатоксином. Местно: сбрасываются волосы, кожа обрабатывается спиртом, 3% раствором бриллиантовой зелени, назначается УВЧ, УФ-облучение.

ВОПРОС № 10

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

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

ОТВЕТ № 10

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

ВОПРОС № 11

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

1. Поставьте свой диагноз заболевания.

2. В случае сомнения, как подтвердить правильность диагноза?

3. Ваша личная тактика? В случае операции – определите ее этапы. Ваши действия?

ОТВЕТ № 11

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

Тема № 6. Острая специфическая хирургическая инфекция.

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

- а) Анаэробная газовая гангрена.
- б) Возбудитель *Cl. perfringens*, *Cl. Oedematies*, *Cl. septicum*, *Cl. hystoliticum*.

Спорообразующая грамположительная палочка.

в) Классификация.

По морфологическим проявлениям: целлюлит, миозит, смешанная.

II. По распространенности: локализованная, распространенная.

III. По клинике: молниеносная, быстро прогрессирующая, медленно прогрессирующая.

ВОПРОС № 2

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

а) Какие специфические инфекционные осложнения мы можем ожидать у такого пострадавшего?

б) Способы экстренной профилактики их.

ОТВЕТ № 2

А) Клостридиальная инфекция (газовая гангрена) и столбняк.

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

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

ВОПРОС № 3

В клинику доставлен пациент БОМЖ с обширными ранами нижних конечностей, из которых отмечается отделяемое буроватого цвета с резким неприятным запахом. При ревизии ран мышцы серого цвета, тусклые, не кровоточат. На коже в области поражения бурое пятно, отмечается выраженный отек в области ран. Давность травм не известна, медицинскую помощь не получал. Состояние больного тяжелое, интоксикационный синдром, температура 38,8⁰, истощен.

а) Ваш диагноз?

б) Факторы, предрасполагающие к развитию этого заболевания у данного больного?

в) Ваша тактика лечения?

ОТВЕТ № 3

а) Анаэробная газовая флегмона.

б) Какексия, обширные раны нижних конечностей, загрязненные землей, отсутствие иммобилизации, запоздалая медицинская помощь.

в) После частичной сан. обработки в приемном отделении госпитализация больного в отдельную палату, соблюдение сан-эпид режима. Широкие лампасные разрезы, аэрация ран. Интенсивная инфузионная терапия, антибактериальная терапия, специфическая терапия (под наркозом переливание противогангренозной сыворотки по схеме).

ВОПРОС № 4

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

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

ОТВЕТ № 4

- а) Анаэробная газовая гангрена.
- в) Несвоевременно выполненное оперативное лечение, не выполнена специфическая профилактика газовой гангрены, больной оставлен в общей палате, не предпринята экстренная ревизия раны, изменение тактики лечения.

в) При наличии документально подтвержденного прививочного анамнеза профилактика столбняка не проводится в данном случае. При отсутствии вводится 0,5 мл АС, введение противогангренозной сыворотки.

г) Боль в ране, повышение температуры тела, увеличение объема конечности, неадекватное поведение больного, симптом лигатуры, симптом швов.

ВОПРОС № 5

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

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

ОТВЕТ № 5

- а) Нет, так как у больного ограниченная форма целлюлита.
- б) Показаниями к ампутации являются: тотальное поражение всей конечности, безуспешность предыдущей операции, ранения магистральных сосудов, обширное повреждение кости.

в) Ревизия раны, вскрытие затеков, аэрация, выполнение лампасных разрезов. Специфическое лечение: введение противогангренозной сыворотки под наркозом 150 тыс. АЕ внутривенно капельно + внутримышечно 5 проф. доз, далее введение типоспецифической сыворотки. ГБО.

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

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

ВОПРОС № 7

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

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

ОТВЕТ № 7

а) Так как военнослужащим проводится плановая иммунизация, то экстренная профилактика не оказана, если с момента 1 ревакцинации прошло не более 6 мес и до года после 2 ревакцинации.

б) У непривитых и с неизвестным анамнезом или документально не подтвержденным анамнезом, вводят 1,0 мл АС после пробы 3000 МЕ ПСС или 450-600 МЕ ПСЧИ, далее 1 ревакцинация через 1 мес, 2 – через 9-12 мес.

ВОПРОС № 8

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

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

ОТВЕТ № 8

а) У больного отморожения II ст., в связи с этим профилактика показана.

б) Техника проведения согласно инструкции.

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

а) Да.

б) Нужно вводить ПСЧИ.

в) Классификация столбняка:

I. От ворот внедрения: раневой, послеожоговый, после отморожения, послеродовой, новорожденных, криптогенный.

II. По распространенности: местный, общий.

III. По клиническому течению: острая форма, подострая форма, стертая.

ВОПРОС № 10

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

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

ОТВЕТ № 10

а) Можно думать о раневом столбняке, форма местная.

б) Прогноз благоприятный.

в) Иссечение раны, тщательная ревизия с удалением инородных тел и специфическое лечение ПСС 100 000 – 150 000 МЕ суточная доза, 200 000 – 350 000 МЕ курсовая по схеме или ПСЧИ 20 000 – 50 000 МЕ по схеме АС по 0,5 мл через 5 дней трижды внутримышечно.

ВОПРОС № 11

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

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

ОТВЕТ № 11

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

ВОПРОС № 12

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

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

ОТВЕТ № 12

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

ВОПРОС № 13

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

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

ОТВЕТ № 13

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

Тема № 7. Остеомиелит. Гнойные заболевания суставов

ВОПРОС № 1

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

Ваша тактика?

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в левой ягодичной области. Больна в течение месяца. В анамнезе внутримышечные инъекции витаминов, выполненные амбулаторно, осложнившиеся постинъекционной флегмоной, которая

была вскрыта амбулаторно, с последующим формированием свища в этой области. Свищ периодически перестает функционировать – это сопровождается появлением болей и повышением температуры до 38-39⁰. При осмотре диагностирован свищ диаметром 0,5 см и глубиной до 5 см, окруженный зоной инфильтрации диаметром до 10 см, с обильным гнойным отделяемым. При иссечении свища (длиной до 7 см) вскрыта гнойная полость, заполненная гноем (до 20 мл) и содержащая костный фрагмент размерами 2 x 1 x 0,5 см с изъеденными краями. Гнойная полость размерами 3 x 5 x 5 см, выполнена гнойными грануляциями и окружена капсулой.

О каком диагнозе можно думать?

Какие диагностические исследования необходимо выполнить?

ОТВЕТ № 2

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

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

ВОПРОС № 3

Больной 62 лет поступил в клинику с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе, наличие свища в левой ягодичной области, парез нижних конечностей, дизурические расстройства, после травмы позвоночника в результате падения. Находился на лечении у невропатолога. В проекции крестцово-копчиковой области имелись пролежни. В настоящее время левая нижняя конечность укорочена, стопа пастозна, отвисает, «когтистая», парез. Левый тазобедренный сустав деформирован. В левой ягодичной области на границе верхнего и нижнего латеральных квадрантов в центре имеется свищ диаметром 0,2 см, покрытый сухой корочкой, инфильтрация окружающих тканей до 10 см диаметром, рубцового характера (после пролежня).

О каком диагнозе можно думать?

Диагностика и лечение.

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

Ваша тактика, диагностика и лечение.

ОТВЕТ № 4

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

Лечение хирургическое – иссечение свища, некрсеквестрэктомия.

ВОПРОС № 5

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

Ваша тактика?

Характер и очередность оперативного лечения.

ОТВЕТ № 5

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

Тема № 8. Принципы лечения инфицированных ран и профилактика гнойных осложнений. Основные методы диагностики и лечения гнойных ран

ВОПРОС № 1

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

Действия врача?

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыв рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния и вызвала врача. При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура до 39⁰, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: поврежденная конечность резко отечна до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3 x 7 см, ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом крепитации. На обзорной R-грамме голени определяются межмышечные скопления воздуха.

О каком осложнении ран вероятнее всего идет речь?

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

Столяр 52 лет, работая в мастерской, получил рваную рану левого предплечья, самостоятельно обработав которую, продолжил работу. Обратился к врачу через 2 суток с жалобами на боли в области раны, повышение температуры до 38⁰С. При осмотре обнаружена картина гнойно-воспалительного процесса в зоне повреждения.

Какова лечебная тактика?

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

О каких опасностях и осложнениях колотого ранения можно думать?

ОТВЕТ № 4

Колотые раны характеризуются, как правило, точечным входным отверстием и длинным раневым каналом, что и определяет высокую вероятность повреждения внутренних органов. В данном случае ранение может проникать в грудную полость и вызывать повреждение легкого с развитием внутриплеврального кровотечения и/или пневмоторакса. Для уточнения диагноза,

помимо физикального и лабораторного обследований, информативным может быть выполнение обзорной R-графии грудной полости.

ВОПРОС № 5

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

О какой фазе раневого процесса идет речь?

Какова оптимальная лечебная тактика на данном этапе?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

О каком осложнении колото-резаного ранения идет речь?

Действия врача районной больницы?

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

О каком осложнении идет речь?

Действия врача?

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

Что могло послужить основанием для принятия подобного решения?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

ОТВЕТ № 9

Даже ранняя и выполненная в полном объеме первичная хирургическая обработка огнестрельной раны из-за особенностей повреждающего фактора, как правило, не предполагает наложение первичного шва. Наиболее целесообразно в течение нескольких суток производить лечение раны под повязками и при отсутствии осложнений закрыть ее с помощью первичного отсроченного, либо раннего вторичного шва.

ВОПРОС № 10

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

Определите дальнейшую лечебную тактику.

ОТВЕТ № 10

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

Тема № 9. Ожоги, отморожения, электротравма.

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

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

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

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

У больного, получившего ожог II степени обеих верхних конечностей, на 3-и сутки после начала лечения поднялась температура тела до 38,4⁰, больной беспокоен, тоны сердца приглушены, суточный диурез 150 мл. нарушения целостности пузырей, признаков их нагноения нет.

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

У больного, находящегося на лечении в ожоговом центре 11 суток по поводу ожога рук, лица II-III степени, умеренная гипертермия (температура тела 37,6-37,9⁰), ознобы, клинкорентгенологическая картина двухсторонней пневмонии. Ожоговая поверхность – с очагами некроза, гнойно-фибринозным налетом. Больному до этого проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, местное лечение открытым методом.

Какова тактика лечения в данном случае?

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

Каковы перспективы и сроки стационарного лечения?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

Ваш диагноз? Какова тактика врача?

ОТВЕТ № 7

У больного – лучевой ожог кожи бедра. С учетом спектра излучения короткоживущих изотопов (преимущественно, альфа-излучение), вероятность развития лучевой болезни невелика.

Следует наложить стерильную повязку с метноанестезирующим средством. В последующем, однако, следует ежедневно наблюдать за состоянием кожи в области ожога, так как вероятно развитие ограниченного некроза.

ВОПРОС № 8

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

Какую травму получил ребенок? Какова тактика врача-травматолога?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

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

ВОПРОС № 10

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

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

ОТВЕТ № 10

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

ВОПРОС № 11

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

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

ОТВЕТ № 11

1. Термический ожог кожи верхних конечностей II степени, правого бедра Шб-IV ст.
2. Прогноз тяжести ожога – относительно благоприятный.

Тема № 10. Хроническая специфическая инфекция.

ВОПРОС № 1

У больного жалобы на наличие инфильтрата размером 8 x 10 см на боковой поверхности шеи. Инфильтрат плотный, безболезненный при пальпации. Температура тела 36,8°.

Ваш диагноз? Какие заболевания необходимо исключить?

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

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

Какое заболевание можно предположить? Какие лабораторные исследования можно выполнить для уточнения диагноза?

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

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

Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 3

Учитывая анамнестические данные, следует думать об актиномикозе слепой кишки.

ВОПРОС № 4

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

Какое заболевание следует предположить?

ОТВЕТ № 4

В первую очередь следует предположить туберкулезный коксит.

ВОПРОС № 5

Больной 54 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в спине. При выполнении R-логического исследования выявлен компрессионный перелом 7 грудного позвонка. Травмы в анамнезе нет, 5 лет назад наблюдался у фтизиатра.

Ваш диагноз?

ОТВЕТ № 5

У больного туберкулез позвоночника, осложненный переломом позвонка.

ВОПРОС № 6

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

О каком заболевании следует думать?

ОТВЕТ № 6

В первую очередь следует предположить туберкулезный гонит.

ВОПРОС № 7

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

Ваш диагноз? Тактика лечения?

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ № 8

У больного вероятен туберкулезный натечный абсцесс левого бедра.

ВОПРОС № 9

Больной обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость. При осмотре в области левого предплечья выявлены несколько язв с гнойным отделяемым, некоторые из них покрыты струпом черного цвета. В анамнезе у больного работа на скотобойне.

Ваш предположительный диагноз? Какое исследование необходимо для подтверждения диагноза?

ОТВЕТ № 9

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

ВОПРОС № 10

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

Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ № 10

Туберкулез шейных лимфатических узлов.

Тема № 11. Гнойный перитонит.

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

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

Произвести срединную лапаротомию Удалить или ликвидировать источник перитонита. Произвести санацию брюшной полости При наличии распространенного перитонита – наложить

лапаростому. При выраженном парезе желудочно-кишечного тракта произвести декомпрессию кишечника. Операцию закончить введением дренажей.

ВОПРОС № 2

Больная Ж., 22 лет, направлена из приемного отделения в хирургическое с диагнозом «острый аппендицит, местный перитонит?». На основании каких клинических данных при обследовании больной и инструментальных методов исследования Вы должны решить вопрос об операции или продолжите обследование и наблюдение больной, исходя из следующих данных. Больную боли беспокоят в течение двух дней, заболевание началось с появления болей в правой пахово-подвздошной области и повышения температуры до 38,6⁰, беспокоят также боли в поясничном отделе позвоночника. Рвоты не было. При обследовании: живот мягкий, при пальпации определяется умеренная болезненность и небольшое напряжение мышц в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен.

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

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

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

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

ОТВЕТ № 3

Необходимо произвести анализ крови и мочи, больному показано произвести обзорную R-грамму органов брюшной полости (выявление «серпа» газа под куполом диафрагмы). В сомнительных случаях показано проведение гастроскопии с повторным R-логическим исследованием. Необходима экстренная операция: срединная лапаротомия, дренирование брюшной полости.

ВОПРОС № 4

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

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

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

В больницу доставлен солдат 20 лет с выраженными болями в эпигастральной области, рвотой, температурой тела 37,3⁰. Через два часа после заболевания предварительный диагноз «перфоративная язва желудка, перитонит».

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

ОТВЕТ № 5

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

Тема № 12. Переливание крови. Методы переливания крови, осложнения. Кровезаменители. Инфузионная терапия. Принципы парентерального питания.

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

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

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

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

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

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

Дежурный хирург вызван в неврологическое отделение к больному 70 лет, находящемуся с основным диагнозом «геморрагический инсульт». У больного – клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения. Уровень гемоглобина снизился со 130 г/л до 110 г/л.

Может ли быть больному проведена гемотрансфузия? Перечислите основные абсолютные противопоказания к проведению гемотрансфузии.

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

Можно ли переливать больной эту кровь?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

Возможно ли проведение реинфузии крови? Ответ пояснить.

ОТВЕТ № 7

Повреждение полого органа является основным противопоказанием к проведению реинфузии крови.

ВОПРОС № 8

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

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

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

Данная реакция указывает на несовместимость крови донора и реципиента.

Необходимо немедленное прекращение гемотрансфузии, введение десенсибилизирующих препаратов, проведение дезинтоксикационной терапии, согревание пациента

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

ВОПРОС № 10

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

Как оформляется документация на проведенную гемотрансфузию?

ОТВЕТ № 10

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

Тема № 13. Гнойный плеврит (5 вопросов)

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

Физикальное исследование: при осмотре грудной клетки отмечается отставание больной стороны от здоровой. Может иметь место выбухание грудной клетки в задне-нижних отделах, при этом межреберные промежутки сглажены и при пальпации их часто определяется умеренная болезненность. Голосовое дрожание на стороне поражения, как правило, ослаблено. При перкуссии грудной клетки отмечается укорочение перкуторного звука.

Аускультация грудной клетки выявляет значительное ослабление или отсутствие дыхания. У больного – гнойный плеврит. Для уточнения диагноза необходимо произвести R-графию грудной клетки, больной должен быть госпитализирован в отделение гнойной легочной хирургии. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо произвести пункцию плевральной полости.

ВОПРОС № 2

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

ОТВЕТ № 2

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

Треугольник Гарланда располагается на больной стороне выше уровня жидкости между линией Дамуазо и позвоночником, что соответствует поджатому экссудатом легкому. Треугольник Раухфус-Грокко проецируется на здоровой стороне, связан со смещением средостения в здоровую сторону.

При R-логическом исследовании (рентгеноскопия или рентгенография грудной клетки) обнаруживается скопление жидкости в плевральной полости. При объеме скопления жидкости более 400-500 мл определяется линия Дамуазо и два треугольника Гарланда и Раухфус-Грокко.

ВОПРОС № 3

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

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

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

ОТВЕТ № 5

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

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

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

Тема № 14. Гнойные заболевания пальцев и кисти.

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

Швея обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в ногтевой фаланге II пальца правой кисти. Ночь не спала. Из анамнеза заболевания известно, что накануне во время работы, уколола длинной иглой в области «подушечки» ногтевой фаланги II пальца правой кисти. При осмотре: на ладонной поверхности дистальной фаланги имеется выраженное напряжение и болезненность мягких тканей, локальная гипертермия и гиперемия, в месте укола имеется отслойка эпидермиса d-03 см со скоплением гноя под ним.

Ваш диагноз? Тактика врача? Вид оперативного доступа? Как проверить, есть ли распространение процесса на соседнюю фалангу? Необходимо ли дренирование? Ведение больного в послеоперационном периоде?

ОТВЕТ № 2

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

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

ВОПРОС № 3

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

Диагноз? Причины прогрессирования процесса? План лечения больного?

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

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

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

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

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

ОТВЕТ № 5

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

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

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

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

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

Ваш диагноз? Лечение?

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

Больная Р., 36 лет, обратилась в стационар с жалобами на сильные дергающие боли в I пальце правой кисти. Из анамнеза заболевания известно, что за три дня до обращения чистила картошку и поранила ножом кожу в области мягких тканей ногтевой фаланги I пальца по ладонной поверхности. Три дня пыталась лечиться самостоятельно водочными компрессами без эффекта. При осмотре имеется гиперемия кожи I пальца, выраженный напряженный отек, распространяющийся на область тенара в виде шарообразной припухлости и напряжения I-го межпальцевого промежутка и внутреннюю поверхность нижней трети правого предплечья, усиливающиеся при пальпации или попытке движения I пальцем и сгибании кисти. Большой палец отведен, полусогнут в пястно-фаланговом сочленении. Имеются симптомы интоксикации: температура тела до 38⁰, головная боль, общее недомогание.

Ваш диагноз? Лечение?

ОТВЕТ № 9

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

Лечение – операция: вскрытие гноя через центр флюктуации, параллельно проксимальной ладонной кожной борозде, 3-4 см. Помнить о запретной зоне, где проходит ветвь срединного нерва. При распространении процесса на тыл кисти – сквозной разрез в зоне I

межпальцевого промежутка, позволяющий дренировать эту область. Взять посев. Рану санировать антисептиками. Дренировать. Асептическая повязка. В послеоперационном периоде перевязки. Санация раны, дренажей. Обязательно назначение антибиотиков парентерально, введение АС, ПСС при отсутствии противопоказаний.

ВОПРОС № 10

Больной В., 32 лет, преподаватель биологии, поступил в гнойное отделение с жалобами на сильные боли в V пальце левой кисти и прилегающем ульнарном отделе кисти. Ночью практически не спит из-за боли, температура 37,8⁰, ухудшение общего самочувствия, головная боль. Со слов больного, за неделю до обращения много работал молотком, отверткой и гаечным ключом, собирал скворечники. Местно: имеются множественные мелкие ссадины в области ладонной поверхности основной фаланги V пальца и прилегающей части ладони на фоне выраженного напряженного отека, застойной гиперемии кожи, особенно области гипотенара; отек распространяется на тыл кисти в проекции V пястной кости. При пальпации определяется резкая болезненность, участок размягчения, ограничение движений, особенно отведение и приведение мизинца.

Ваш диагноз? План лечения больного?

ОТВЕТ № 10

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

Тема № 15. Гангрены, некрозы, свищи, трофические язвы

ВОПРОС № 1

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

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

ОТВЕТ № 1

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

ВОПРОС № 2

Больная П., 47 лет, обратилась с жалобами на чувство распирания в левой нижней конечности, повышенную утомляемость, отек левой голени и стопы, полностью не купирующийся в горизонтальном положении, кожный зуд в нижней трети левой голени, покалывание и судороги в икроножной мышце. 3 года назад перенесла глубокий тромбофлебит левой нижней конечности. При осмотре левая стопа и голень отечны, пастозны, кожа в нижней трети левой голени истончена, сухая, темно-коричневой окраски. По внутренней поверхности, выше медиальной лодыжки

определяется поверхностная рана округлой формы до 3 см, с плоскими краями, дно покрыто вялыми грануляциями, подкожная клетчатка уплотнена.

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

ОТВЕТ № 2

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

ВОПРОС № 3

Больной Т., 63 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на выраженные боли в икроножных мышцах и стопах при ходьбе, что заставляет больного останавливаться через 20 м, боли в правой стопе в покое, усиливающиеся по ночам, похолодание стоп. При осмотре: кожа нижних конечностей, особенно стоп сухая, бледная, ногти утолщены, ломкие, мышцы атрофичны, волосяной покров отсутствует, стопы прохладны на ощупь, особенно правая. Правая стопа с синюшными пятнами, отечна, цианотична. На подошвенной поверхности I пальца – резко болезненная ранка округлой формы, диаметром 1 см, с плотными, неровными краями, покрытая некротическими массами темно-коричневого цвета, вялыми грануляциями. Отделяемое – скудное, серозно-геморрагическое, с неприятным гнилостным запахом. Пульсация на бедренных, подколенных артериях, артериях голени и стопы с обеих сторон не определяется.

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

ОТВЕТ № 3

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

ВОПРОС № 4

Больной Б., 70 лет, доставлен в стационар с жалобами на интенсивную боль в левой голени и стопе, лишаящую сна. Вынужден спать с опущенной ногой. Отмечает повышение температуры тела до 38⁰, жар, озноб, сухость во рту, жажду, резкую слабость, недомогание, головную боль. Ухудшение состояния в течение 5 дней. До этого отмечал зябкость стоп, боли при ходьбе в стопах и икроножных мышцах через 20-50 м, периодическое появление язвочек на пальцах левой стопы. При осмотре состояние тяжелое, гипертермия, пульс 110 уд в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Пульсация на сосудах левой ноги отсутствует на всех уровнях, справа определяется резко ослабленная пульсация на бедренной артерии ниже паховой складки. Правая стопа прохладная, бледная. Левая стопа и голень до верхней трети бледные, мраморно-синеватые, отечные, холодные на ощупь, кожная чувствительность отсутствует, конечность увеличена в объеме. На стопе и нижней трети голени кожа цианотична, с темно-красными пятнами, пузырями с геморрагическим содержимым. При вскрытии их отмечаются ткани грязно-серого цвета со зловонным запахом.

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

ОТВЕТ № 4

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

ВОПРОС № 5

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

1. Установите диагноз. 2. Какое радикальное или паллиативное оперативное лечение показано больному? 3. Сроки операции?

ОТВЕТ № 5

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

ВОПРОС № 6

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

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

ОТВЕТ № 6

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

ВОПРОС № 7

Больной К., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на появление ранки в области послеоперационного рубца с гнойным отделяемым. 2 месяца назад перенес срединную лапаротомию, ушивание перфоративной язвы луковицы 12-перстной кишки. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан в удовлетворительном состоянии, рана зажила первичным натяжением. 7 дней назад появилось болезненное уплотнение в области послеоперационного рубца, повышение температуры тела до 38⁰, покраснение и припухлость кожи. 2 дня назад в центре припухлости образовалась рана диаметром 8 мм с гнойным отделяемым. После этого боли уменьшились, температура тела нормализовалась. При осмотре в верхней трети послеоперационного рубца имеется рана диаметром 5-8 мм с серозно-гнойным отделяемым, вокруг в мягких тканях определяется болезненный инфильтрат, кожа отечна, гиперемирована. При ревизии – раневой канал длиной 1,5 см, заканчивающийся в мягких тканях, на дне определяется лавсановая лигатура.

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

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

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

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

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

ВОПРОС № 10

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

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

ОТВЕТ № 10

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

Тема № 16. Кровотечение. Кровопотеря. Временная остановка кровотечения. Методы постоянной остановки кровотечения.

ВОПРОС № 1

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

1. Ваш предположительный диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.

2. Пациент должен быть госпитализирован в терапевтическое отделение, хирургическое отделение, отделение интенсивной терапии, или выписан под амбулаторное наблюдение?

3. Перечислите основные диагностические и лечебные мероприятия для данного пациента.

ОТВЕТ № 1

1. У больного кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, очевидно – гастродуоденальное язвенное кровотечение. Синдром острой массивной кровопотери. Геморрагический шок 2 ст.

2. Необходима экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии.

3. Диагностические мероприятия: исследование красной крови, КЩС; экстренная ЭГДС. Лечебные мероприятия: временная остановка кровотечения при ЭГДС, внутривенные инфузии коллоидов, кристаллоидов, ПСЗ; введение гемостатиков системного действия, медикаментозное ингибирование желудочной секреции. При нестабильном гемостазе – оперативное лечение.

ВОПРОС № 2

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

1. Ваш предположительный диагноз с учетом известной Вам классификации?

2. Укажите последовательность лечебных мероприятий у данного больного.

ОТВЕТ № 2

1. У больного вторичное позднее артериальное кровотечение из раны средней трети левого плеча в 1 фазе раневого процесса.

2. Последовательность лечебных мероприятий: наложение турникета на внутреннюю треть левого плеча, экстренная ревизия раны, выделение и лигирование на протяжении артериального сосуда – источника кровотечения.

ВОПРОС № 3

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

1. Ваш предположительный диагноз? Укажите основные патогенетические аспекты данного состояния.

2. Укажите основные действия санинструктора роты.
3. Укажите основные лечебные мероприятия в процессе эвакуации пострадавшего и при доставке в госпиталь.

ОТВЕТ № 3

1. У пострадавшего огнестрельное взрывное ранение правой голени с ее полной травматической ампутацией на уровне средней трети и пересечением сосудисто-нервного пучка. Продолжающееся кровотечение из артерий культи правой голени. Синдром острой массивной кровопотери. Шок смешанного (геморрагический, травматический) генеза.

2. Основные действия: пальцевое прижатие бедренной артерии, наложение турникета на верхней трети правой голени, введение анальгетиков, венепункция, начало внутривенной инфузии коллоидов с глюкокортикоидами, наложение асептической повязки на культю правой голени, иммобилизация правой нижней конечности. Эвакуация.

3. Основные лечебные мероприятия: продолжение внутривенной инфузии коллоидов и кристаллоидов, обезболивание. Каждый 1,5 часа – ослабление жгута на 5 минут.

ВОПРОС № 4

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

1. Ваш предположительный диагноз с учетом известной Вам классификации? Укажите основные патогенетические аспекты данного страдания.

2. Укажите последовательность основных лечебных мероприятий в отношении данного больного.

ОТВЕТ № 4

1. У больного вторичное раннее послеоперационное внутрибрюшное кровотечение. Синдром острой массивной кровопотери, геморрагический шок 2 ст.

2. Последовательность действий: экстренная релапаротомия, ревизия брюшной полости с установлением источника кровотечения, лигирование сосуда с прошиванием.

ВОПРОС № 5

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

1. Используя известные Вам из курса анатомии особенности кровоснабжения печени, укажите способ временной остановки кровотечения в данном случае.

2. Укажите возможные способы окончательного гемостаза в данной ситуации.

ОТВЕТ № 5

1. Способом временной остановки кровотечения в данном случае является пальцевое пережатие гепатодуоденальной связки (наложение на связку турникета).

2. Способом окончательного гемостаза в данной ситуации является ушивание ранения паренхимы печени гемостатическими швами.

ВОПРОС № 6

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

1. Укажите возможные способы достижения окончательного гемостаза в данном случае.

2. Что зафиксировал врач-анестезиолог на мониторе непосредственно после ранения сосуда? Укажите основные действия врача-анестезиолога, направленные на коррекцию выявленных нарушений гомеостаза.

ОТВЕТ № 6

1. Способом достижения окончательного гемостаза является наложение сосудистого шва, протезирование участка стенки или сегмента вены сосудистым протезом.

2. Врач-анестезиолог зафиксировал на мониторе падение АД, выраженную тахикардию. Начата струйная инфузия коллоидов, болюсно введены глюкокортикоиды.

ВОПРОС № 7

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

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

ОТВЕТ № 7

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

ВОПРОС № 8

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

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

ОТВЕТ № 8

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

ВОПРОС № 9

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

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

ОТВЕТ № 9

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

ВОПРОС № 10

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

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

ОТВЕТ № 10

1. Основными действиями на месте происшествия являются: пальцевое прижатие плечевой артерии, наложение турникета на верхнюю треть предплечья, введение анальгетиков, наложение асептической повязки на культю правой голени, иммобилизация верхней конечности. Транспортировка в медицинское учреждение.

2. При транспортировке пострадавшего необходимо провести обезболивание. Каждые 1,5 часа – необходимо ослаблять жгут на 5 минут.

ВОПРОС № 11

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

1. Определите последовательно свои действия по проведению проб, без которых гемотрансфузия недопустима.

2. В каких случаях обязательно производится проба на Rh-совместимость?

3. Какой инструментальный метод диагностики Вы выберете в целях уточнения диагноза?

ОТВЕТ № 11

1. Врач перед гемотрансфузией обязан произвести: а) определить группу крови донора и реципиента; б) определить резус-принадлежность крови донора и реципиента; в) провести пробу по системе АВО на групповую совместимость; г) произвести биологическую пробу.

2. Определение совместимости крови по Rh-фактору проводят в случае неблагоприятного трансфузиологического анамнеза, при невозможности определить Rh-фактор крови реципиента, в случае вынужденной трансфузии резус-положительной крови больному с неизвестной принадлежностью.

3. Для уточнения диагноза Вы выберете эндоскопический метод исследования – гастродуоденоскопию.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 *«отлично»* – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 *«хорошо»* – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 *«удовлетворительно»* – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 *«неудовлетворительно»* – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное

выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные навыки):

Критерии оценки выполнения мануальных навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

На промежуточной аттестации (в зависимости от формы итогового контроля) обучающийся оценивается:

Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается: на зачете – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинг-выс баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65. На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

Экзамен.

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает,

умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49